COMPLEMENTAIR SAMENWERKEN BIJ LUCHTWEGCONSULTEN (LUCO'S): ERVARINGEN VAN ARTSEN EN VERPLEEGKUNDIGEN

Elias Van Haevermaet en Michiel Willems, Universiteit Gent

Promotoren:
Peter Decat, Universiteit Gent
Els Decroo

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2022 – 2025

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Context

De eerstelijnszorg staat onder druk. Samenwerkingsvormen tussen artsen en verpleegkundigen kunnen hiervoor een oplossing bieden. Zo ontstond het complementair samenwerkingsproject rond luchtwegconsultaties (LUCO's) in twee wijkgezondheidscentra. Patiënten met luchtweg-gerelateerde klachten komen op consult bij de verpleegkundige. De arts komt erbij voor het klinisch onderzoek en bepaalt de diagnose. De verpleegkundige legt het beleid uit aan de patiënt. De samenwerking biedt kansen, maar roept tegelijk vragen op.

Onderzoeksvraag en methodologie

De onderzoeksvraag luidt: "Hoe ervaren artsen en verpleegkundigen de implementatie van een nieuwe benadering van consultvoering, waarbij complementair wordt samengewerkt bij de behandeling van patiënten met bovenste luchtwegklachten?". De principes van *realist* evaluation inspireerden de methodologie. Wat werkt, voor wie, in welke context en waarom? Na een exploratief literatuuronderzoek ontstond een context-mechanisme-outcome (CMO)-hypothese die mogelijke contextuele factoren, onderliggende mechanismen en verwachte uitkomsten formuleerden. Onderzoeksresultaten zijn bekomen via diepte-interviews en werden geanalyseerd met behulp van NVivo®.

Resultaten

Het consult door de verpleegkundige is kwalitatief rijker dankzij het uitgebreid zelfzorgadvies. Een protocol vormt hierbij een belangrijke voorwaarde. LUCO's kunnen leiden tot een flexibelere agenda-invulling en bieden meer acuut aanbod zonder in te boeten op het chronisch. Het leertempo verschilt tussen de verschillende zorgverleners. De bereikbaarheid van de arts vormt een knelpunt en het gebrek aan een uniforme manier van briefing. Essentieel bij de opstart is een open cultuur en het niet-hiërarchisch denken. Het vertrouwen en de samenwerking kennen reeds een sterke basis waarbij de invloed van LUCO's neutraal tot positief is. Feedback is essentieel, maar vormt vaak een uitdaging voor de superviserend arts. De LUCO's dragen bij aan betere communicatie over competenties en meer inzicht in elkaars takenpakket. De jobinhoud van de verpleegkundige wordt verrijkt dankzij meer variatie en diepgang. Tegelijk vormen de LUCO's een extra opdracht binnen het reeds gevulde takenpakket van de verpleegkundige, waardoor de kerntaken in het gedrang kunnen komen. Dit kan een gevoel van eenrichtingsverkeer creëren. Het ontwikkelen van diverse profielen binnen het verpleegkundig beroep kan een oplossing bieden. Daarnaast leiden LUCO's tot een gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel, geven ze verpleegkundigen beter inzicht in het medisch dossier en zorgen ze ervoor dat de juiste zorg door de juiste persoon wordt geleverd.

Conclusie en implicaties

Onder de respondenten leeft de perceptie dat de inzet van verpleegkundigen bijdraagt aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, mits duidelijke protocollen en taakafspraken. Het LUCO-model vereist een cultuur van vertrouwen, open communicatie en gezamenlijke leerprocessen. Hoewel sommigen meer efficiëntie ervaren, wijzen anderen op verhoogde druk op de kerntaken en rolonduidelijkheid. De vraag rijst of het gepercipieerd kwalitatiever consult niet botst met de gehoopte tijdswinst, wat een piste kan zijn voor verder onderzoek. Ook de beschikbaarheid van zorgverleners is een potentieel knelpunt. Diversificatie van de verpleegkundige rol en ondersteuning voor artsen in hun superviserende functie zijn essentieel.

Dankwoord

Wij willen graag enkele mensen bedanken die betrokken zijn bij het tot stand komen van deze masterproef. Allereerst willen wij Peter Decat bedanken voor de begeleiding de afgelopen drie jaar. Uw feedback en visie was van grote waarde. Els, die ons ook een stuk mee begeleidde en ook een belangrijke bijdrage aan de LUCO's leverde, bedankt.

Niet te vergeten willen we elkaar bedanken, voor de fijne en productieve samenwerking en het tot stand brengen van een mooi eindresultaat. Bedankt aan onze vrienden en mede-HAIO's voor de steun en de ventilatie als het eens nodig was.

Bedankt aan de respondenten voor jullie tijd en input, zonder jullie was er niks om mee aan de slag te gaan.

Bedankt aan onze praktijkopleiders en praktijken waar we onze opleiding hebben mogen genieten, in de figuurlijke én letterlijke zin van het woord.

Inhoudstafel

ABSTRACT **3**

DANKWOORD **4**

INHOUDSTAFEL **5**

INLEIDING **7**

WAT IS HET PROBLEEM? 7
WERD REEDS EEN ANALOOG ONDERZOEK UITGEVOERD? 8
Inzet van verpleegkundigen in de eerste lijn *8*
Zorgsubstitutie en task-shifting *9*
Verpleegkundigen inschakelen in chronische zorg *9*
Verpleegkundigen inschakelen in acute zorg *10*
New Deal en de veranderende rol van de verpleegkundige *11*
Samenwerking artsen en verpleegkundigen *11*
STAND VAN ZAKEN EN ONTBREKENDE KENNIS 12

METHODOLOGIE **13**

LITERATUURONDERZOEK 13
ONDERZOEKSONTWERP 13
ONDERZOEKSPOPULATIE EN WERVINGSPROCEDURE 14
DATAVERZAMELING EN -ANALYSE 14
CMO-HYPOTHESE 14
DATA-ANALYSE 15
ETHISCHE OVERWEGINGEN 16
OPVOLGING 16

RESULTATEN **17**

CONTEXT 17
Ontstaansmechanisme *17*
Protocollair werken: kwaliteit, veiligheid en juridische noodzaak *18*
Agenda aanbod *19*
Differentiatie in leer- en implementatie tempo *20*
MECHANISME 20
Briefing tijdens de LUCO: inhoud en verwachtingen *20*
Communicatie: bereikbaarheid en gelijkwaardigheid als fundament *22*
Feedback: de nood tot overleg en evaluatie op verschillende niveau's *23*
Invloed van LUCO's op de interdisciplinaire samenwerking en andere gevolgen *23*
Vertrouwensrelatie en belang van stapsgewijze introductie *24*
OUTCOME 25
Jobinhoud: LUCO's als kerntaak en impact op werkvreugde *25*
LUCO's: task shift versus task share? *27*
Gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel *28*
Impact op klinisch redeneren *29*

DISCUSSIE **31**

TERUGKOPPELING CMO-HYPOTHESE 31
Context *31*
Mechanisme *31*

Outcome *33*
KRITISCHE BEMERKINGEN 34
STERKTES EN ZWAKTES 35
TOEKOMSTIGE ONDERZOEKSAANBEVELINGEN 36
CONCLUSIE 37
BRONVERMELDING 38
BIJLAGEN 40
BIJLAGE 1: GOEDKEURING COMMISSIE MEDISCHE ETHIEK 40
BIJLAGE 2: RICHTVRAGEN INTERVIEWS 42
BIJLAGE 3: CODEBOOM 43

Inleiding

Wat is het probleem?

De gezondheidszorg in België staat onder druk. Huisartsen streven naar het bieden van toegankelijke en kwalitatieve zorg met aandacht voor patiëntenervaring, maar botsen op hun grenzen. Er zijn tegenwoordig heel wat uitdagingen die extra inspanningen vergen van zorgverleners. Enkele factoren die hierbij van belang zijn:

- *Toenemende vraag*: Er heerst algemeen het gevoel dat er schaarste is aan huisartsen. Echter, uit onderzoek blijkt dat er momenteel in België geen tekort is aan huisartsen in vergelijking met andere landen. Het is wel zo dat de taaklast van de huisarts toeneemt door maatschappelijke veranderingen. Het gaat dan voornamelijk over meer gespecialiseerde en complexe zorg, meer preventieve en chronische zorg, multimorbiditeit en vergrijzing. (1) (2)
- *Multiculturaliteit*: Migratie is alomtegenwoordig, wat betekent dat het patiëntenbestand veel diverser is dan vroeger. Dit brengt nieuwe uitdagingen met zich mee zoals een taalbarrière, exotische aandoeningen en interculturele verschillen in visie op gezondheidszorg.
- *Administratieve lasten:* Huisartsen moeten veel administratieve taken uitvoeren, zoals het bijhouden van medische dossiers. Dit kan een aanzienlijke hoeveelheid tijd in beslag nemen en ten koste gaan van de tijd die ze aan directe patiëntenzorg kunnen besteden.
- *Innovatie*: De wetenschap en technologie staat niet stil. Dit zorgt voor kansen, maar vereist ook de nodige inspanningen. Zo is er een veel groter aanbod aan specifieke therapieën en onderzoeken in vergelijking met vroeger. Dit maakt de keuze des te moeilijker voor de arts. (3)
- *Stijgende aandacht voor een goed evenwicht tussen werk en privé:* De zorg voor zorgprofessionals is een belangrijk aspect in de *quintuple aim*. Deze *quintuple aim* geldt als richtinggever voor de performantie van de gezondheidszorg. Eén van de elementen is namelijk aandacht voor de levenskwaliteit van de zorgprofessionals, met voldoende aandacht voor *work-life balance.* (4) (5)

Zorgverleners zijn bijgevolg steeds meer overbelast of belanden in een burn out. Deze tendensen dwingen tot innovaties in de organisatie van de huisartsgeneeskunde en de eerstelijnsgezondheidszorg. Ook de Covid-19-pandemie zorgde op twee jaar tijd voor een grondige omwenteling van de huisartsenpraktijk. Toen werd pijnlijk duidelijk dat huisartsen onvoldoende professioneel ondersteund worden, voornamelijk binnen 3 domeinen onthaalfunctie, administratieve taken en het uitvoeren van medisch-technische taken. (2) (6)

Dit alles vergt een multifactoriële aanpak om de huisartsgeneeskunde duurzaam bestand te maken voor de toekomst.

In deze masterproef wordt onderzoek verricht in twee wijkgezondheidscentra die naarstig op zoek zijn gegaan naar een oplossing om het hoofd te bieden aan die toegenomen druk. Bovendien zorgde een groei van het patiëntenbestand ervoor dat de reorganisatie van de zorg in een stroomversnelling kwam. De beschikbare middelen bleven onveranderd, dus zocht men creatieve oplossingen. Daarnaast was er ook goesting om een nieuw project te ontwikkelen.

> *Een wijkgezondheidscentrum is een vorm van een forfaitaire praktijk. Een forfaitaire praktijk genereert inkomsten op basis van het aantal ingeschreven patiënten die huisartsen, verpleegkundigen (en kinesitherapeuten) van deze praktijk raadplegen. WGC's ontvangen een vaste maandelijkse vergoeding per ingeschreven patiënt, rechtstreeks uitbetaald door de mutualiteiten. Op deze manier wordt een centraal budget gegenereerd waarvan de verschillende zorgverstrekkers in de praktijk vergoed worden en kunnen de patiënten gratis op consultatie komen. (7)*

Een deel van de oplossing kan eruit bestaan dat er meer wordt ingezet op taakdelegatie en -ondersteuning. (1) Een klassiek voorbeeld hiervan is dat artsen meer gaan samenwerken met praktijkverpleegkundigen. Hierdoor geïnspireerd werd in beide wijkgezondheidscentra een nieuwe manier van complementaire consultvoering opgestart. In deze studie onderzoekt men die vernieuwing, namelijk de implementatie van de "luchtwegconsultaties", LUCO's zogenaamd. Hierbij gaan artsen en verpleegkundigen complementair aan de slag bij patiënten die zich aanmelden met luchtweg-gerelateerde klachten. Concreet worden patiënten met luchtweg-gerelateerde klachten (hoesten, koorts, neusloop …) getrieerd door het onthaal en ingepland bij de verpleegkundige op een daarvoor voorzien tijdslot. De verpleegkundige doet de anamnese en bevraagt de *Ideas*, *Concerns* en *Expectations* (ICE) van de patiënt. De arts wordt erbij gehaald voor het klinisch onderzoek en bepaalt de diagnose en het te hanteren beleid. Vervolgens verwoordt de verpleegkundige het best passende beleid aan de patiënt. In dit beleid worden steeds zelfzorg maatregelen besproken en uitgelegd (neusspoeling met fysiologisch water, warme dranken, pijnstilling …).
De voornaamste focus van deze masterproef ligt op de ervaringen bij artsen en verpleegkundigen rond de implementatie en de complementaire samenwerking bij LUCO's.

Werd reeds een analoog onderzoek uitgevoerd?

Verpleegkundigen die deelnemen aan de huisartsgeneeskunde is relatief nieuw in België. Dit in tegenstelling tot andere landen zoals Nederland, het Verenigd Koninkrijk of Spanje waar al meer ervaring is met de reorganisatie van de rol van verpleegkundigen in de huisartsenpraktijk.

Volgende zaken werden reeds teruggevonden in de literatuur:

Inzet van verpleegkundigen in de eerste lijn

Verpleegkundigen worden al vaker ingezet voor kleine technische handelingen zoals bloedafnames, ECG afnames, cryotherapie … maar ook voor chronische opvolgingen. (8) De takenlijst van een verpleegkundige in de huisartsenpraktijk (VIHP) is duidelijk omschreven door Domus Medica. Dit strekt zich uit van zorginhoudelijke taken gericht op chronische en complexe zorg, preventieve zorg, technische handelingen alsook dossierbeheer en fungeren als aanspreekpunt. (9) Daarnaast werkt de regering momenteel aan een brede hervorming van het verpleegkundig beroep. Er wordt nagegaan welke aanpassingen noodzakelijk en wenselijk zijn om tot een passende taakverschuiving en -differentiatie te komen. (10)

Heel wat Europese landen zijn al meer vertrouwd met de begrippen *physician assistants* en *nurse practitioners* (PAs en NPs). Hoewel definities, opleidingen en wetgeving rond PA's en NP's per land verschillen, worden ze opgeleid met een gemeenschappelijke basis om bepaalde patiëntengroepen (gedeeltelijk) zelfstandig of onder toezicht van een arts te diagnosticeren en behandelen. Onderzoek toont aan dat PA's en NP's huisartsen kunnen vervangen bij een breed scala aan zorgtaken, wat resulteert in op zijn minst vergelijkbare uitkomsten als die van huisartsen en een hogere patiënttevredenheid. (11)

Zorgsubstitutie en task-shifting

De *World Health Organisation* (WHO) definieert *task shifting* als de rationale herverdeling van taken onder groepen zorgverleners. Specifieke taken worden, waar passend, overgedragen van hooggekwalificeerde gezondheidswerkers naar gezondheidswerkers met kortere training en minder kwalificaties om zo efficiënter gebruik te maken van de beschikbare *human resources* binnen de gezondheidszorg. Deze definitie heeft het voordeel van eenvoud, terwijl het woord 'rationeel' impliceert dat de taak moet worden toegewezen aan de meest geschikte persoon. (12)
Een Cochrane review uit 2018 van Laurant et al. onderzoekt de rol van de verpleegkundige als substituut voor de arts binnen de eerste lijn, met andere woorden het overnemen van taken van de arts. Het primair eindpunt ligt bij patiëntuitkomsten, waaronder mortaliteit, patiëntentevredenheid, bloeddrukwaarden… Men concludeert dat een adequaat opgeleide verpleegkundige waarschijnlijk gelijkwaardig of zelfs betere kwaliteit van zorg levert dan de eerstelijnsartsen. Desalniettemin bepaalt het algemeen functioneren van het volledige team de kwaliteit van de zorg. (13)
In een Belgisch kwalitatief onderzoek uit 2022 gepubliceerd in HuisartsNu komen reeds enkele voordelen en uitdagingen aan het licht bij de uitvoering van zorgsubstitutie, gedefinieerd als het rationeel herverdelen van taken tussen zorgverleners. Zorgverleners ervaren een betere kwaliteit van zorg, boeiend werk, ruimte voor authenticiteit en een solidaire werkbelasting. Uitdagingen zijn het vinden van geschikte zorgverleners, de opleiding van personeel en het afbakenen van takenpakket en taakverdeling. Bij complexere zorgen is het vertrouwen in elkaars expertise ook lager. De financiering omtrent de substitutie komt tevens naar voren als drempel. Er zijn verschillende factoren die hierbij een rol spelen, zoals de organisatie van de huisartsenpraktijk en de communicatie tussen verpleegkundigen en huisartsen. (14)

Verpleegkundigen inschakelen in chronische zorg

Een samenvattend onderzoek van elf systematische reviews uit 2017 van Matthys et al. toont aan dat verpleegkundigen betrokken in chronische zorg leidt tot een positieve impact op verschillende patiëntgerelateerde uitkomsten. Er worden onder andere betere bloeddrukwaarden, een hogere tevredenheid en minder hospitalisatie genoteerd bij de artsen die samenwerken met verpleegkundigen, dan zij die zonder verpleegkundige werken. (15)

Een recent KCE rapport uit 2023 benadrukt het belang van de rol van de verpleegkundige in patiënten met complexe pathologieën. Deze kunnen complex zijn door zowel medische als sociale aspecten. Ook hierin wordt benadrukt dat de kwaliteit van verpleegkundige consultaties minstens evenwaardig is aan die van artsen. Er zijn echter nog veel

aandachtspunten in het verder uitrollen van deze consultaties in België, o.a. het wettelijk kader en de functies van de verpleegkundige. Het KCE maakt in dit rapport verschillende belangrijke opmerkingen waarop men moet letten bij de implementatie en het verder uitbouwen van de verpleegkundige rol. (16) Hoewel dit rapport zich richt op patiënten met complexe, vaak chronische aandoeningen, blijkt hieruit dat er ook binnen het acute verpleegkundige consult nog veel werk te verzetten is.

Naar chronische opvolging door praktijkverpleegkundigen werd dus al onderzoek verricht. (8) Onderzoek naar het inzetten van verpleegkundigen voor acute problematieken is beperkter.

Verpleegkundigen inschakelen in acute zorg

Een gerandomiseerd onderzoek uit 2000 onderzocht de kwaliteit van zorg die verpleegkundig-specialisten leveren voor consultaties die de dag zelf worden aangevraagd. Op basis van vragenlijsten blijken patiënten significant meer tevreden na een consult bij de verpleegkundig-specialist, ondanks een groot verschil in scores. Dit impliceert een niet te onderschatten invloed van de zorgverlener als individu. Het aantal voorschriften, de aangevraagde onderzoeken, verwijzingen naar tweede lijn en herconsulten zijn gelijkaardig tussen artsen en verpleegkundigen. Het consult bij de verpleegkundige duurt langer, maar patiënten geven aan meer informatie te hebben ontvangen over hun aandoening. (17)
Een andere retrospectieve studie onderzocht in welke mate verpleegkundigen in staat waren om consultaties die de dag zelf werden aangevraagd op te lossen volgens een vast protocol, zonder dat een verwijzing naar een arts nodig was. Er werden zestien aanmeldklachten uitgewerkt, waaronder ook bovenste luchtwegklachten, keelpijn en griep. De oplossingsgraad bedraagt in totaal 62.5% (op basis van 1.2 miljoen consultaties) waarbij de specifieke cijfers voor de luchtweg-gerelateerde aanmeldklachten eerder schommelen tussen de 42 en 50%. Desondanks wordt een significante stijging gezien in de oplossingsgraad bij de evaluatie na jaar één en twee. Dit impliceert het gunstige effect van ervaring. Bijkomend lag de mate van herconsultatie ook laag (minder dan 5%). (18)
Als een verpleegkundige specifiek getraind wordt in de aanpak en oplossing van acute weinig complexe ziektebeelden, leveren zij even kwalitatieve zorg als artsen. Dit blijkt uit een gerandomiseerd Spaans onderzoek uit 2013. Ook milde bovenste luchtwegklachten werden in dit onderzoek aanzien als één van de mogelijke aanmeldklachten. Deze conclusie baseert zich op vergelijkbare resultaten op de primaire uitkomstmaten: het verdwijnen van de klachten en patiëntentevredenheid vijftien dagen na de consultatie. (19)

In het Verenigd Koninkrijk is het sinds 2006 toegestaan dat verpleegkundigen medicatie mogen voorschrijven voor bepaalde aandoeningen, waaronder antibiotica bij luchtweginfecties. Een kwalitatief onderzoek bevraagt de ervaringen van enkele verpleegkundigen in het uitvoeren van dergelijke LUCO's. Enkele van de knelpunten die naar voren komen, zijn diagnostische onzekerheid, het gevoel minder opgeleid en ervaren te zijn (in vergelijking met de huisarts) waardoor er ook een lagere drempel was tot kritiek. Een betere communicatie en samenwerking met de arts is tevens een aandachtspunt. Onder meer een goede patiënteneducatie, communicatievaardigheden, de aanwezigheid van protocollen en advies van een collega… zijn vereisten om de LUCO's tot een goed einde te brengen zonder antibiotica voor te schrijven. (20)

Een recente Belgische studie van 2024 toont aan dat er geen verschil is in follow-up contacten (na 14 dagen) tussen artsen en verpleegkundigen. Het gaat hierbij over patiënten die consulteerden met milde acute infecties. Men veronderstelt bijgevolg dat er bij deze patiëntenpopulatie geen verschil is in gezondheidsuitkomst tussen artsen en verpleegkundigen. Bovendien hanteren de verpleegkundigen een minder medicamenteuze aanpak, zonder invloed op het aantal follow-up contacten. Ook het aantal geattesteerde ziektedagen is niet significant verschillend tussen beide groepen. Wederom concludeert men dat verder onderzoek naar de ervaringen van zorgverleners en patiënten bij deze manier van consultvoeren nodig is. (21)

New Deal en de veranderende rol van de verpleegkundige

Minister van Volksgezondheid Frank Vandenbroucke formuleerde een plan om de stijgende problemen bij de huisartsen(praktijken) aan te pakken. In deze zogenaamde 'New Deal' worden een aantal doelen en ambities geformuleerd: meer focus op een geïntegreerde zorg met een sterkere eerste lijn. De 'New Deal' vormt volgens de minister een mogelijke piste om de druk op de eerste lijn te verminderen door een andere financieringsvorm, alsook door in te zetten op meer taakdelegatie. Men streeft dus naar de juiste zorg, op de juiste plaats door de juiste persoon, met aandacht voor een goed gebruik van de financiële middelen en kwaliteitsvolle beroepsinvulling. (22) Deze New Deal sluit nauw aan bij de definitie die de WHO reeds formuleerde rond task shifting, zoals hogerop besproken. (12)
Daarnaast is een hervorming van het verpleegkundig beroep in volle actie, waarbij ook wordt ingezet op nieuwe zorgberoepen zoals de praktijkassistent. (10) (23)

Samenwerking artsen en verpleegkundigen

Zoals reeds vermeld, zal de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen centraal staan in deze masterproef. Een studie van Norful et al. uit 2018 stelde een theoretisch model op waarbinnen een zogenaamd *comanagement* tussen arts en verpleegkundige moet voldoen. *Comanagement* omvat de gedeelde verantwoordelijkheid omtrent alle aspecten van zorg rond een patiënt, alsook een gedeelde administratieve last. De drie belangrijkste pijlers om dit te doen slagen zijn: respect en dezelfde visie op zorg, effectieve communicatie en wederzijds vertrouwen. Dit uiteraard binnen het correct organisatorisch kader waar de arts en verpleegkundige als gelijk worden aanzien. Hoe beter dit *comanagement* verloopt, hoe meer voordelen voor de zorgverleners (reductie van werkbelasting, betere moraal …) en de patiënt (betere toegang en continuïteit van zorg). (24)
Aanvullend op de drie pijlers benoemt een kleine kwalitatieve Vlaamse studie ook nog kennis van elkaars takenpakket, het werken met een praktijkprotocol, onderlinge aanspreekbaarheid en een gestructureerd overleg als voorwaarden voor een succesvolle substitutie. Uitdagingen en drempels die in de studie naar voren komen, zijn onder andere het afbakenen van taken, durven 'neen' zeggen, eindverantwoordelijkheid dragen en het uitvoeren van een superviserende rol als arts. (14)

Zowel artsen als verpleegkundigen zien de zorgsubstitutie en samenwerking als een manier om de toegang, continuïteit en kwaliteit van zorg te vergroten. Vertrouwen in het verpleegkundig kunnen en communicatie zijn essentieel. Een adequate opleiding is hiervoor

wel een belangrijke vereiste om onder andere de motivatie, tevredenheid en autonomie bij de verpleegkundige te vrijwaren. (25)

Een klein praktijkonderzoek van het wijkgezondheidscentrum Nieuw Gent uit 2022 onderzocht hoe de taakverschuiving verliep binnen de opvolging van chronische aandoeningen. Er wordt een verhoogde kwaliteit en werkvreugde waargenomen. Een sterke professionele vertrouwensrelatie tussen arts en verpleegkundige komen hier wederom naar voren. Dit wederzijds vertrouwen hangt af van de werkervaring en duur van tewerkstelling van beide actoren. (8)

Stand van zaken en ontbrekende kennis

Er is reeds literatuur voorhanden uit het buitenland die acute zorg geleverd door verpleegkundigen onderzoekt en beschrijft, vaak met een positieve uitkomst.
De takenlijst van de verpleegkundige in de huisartsenpraktijk is duidelijk beschreven door Domus Medica, maar is slechts beperkt tot acute medisch-technische verpleegkundige handelingen. De vraag rijst of er niet meer mogelijkheden zijn binnen de samenwerking. Studies onderzochten reeds enkele voorwaarden voor adequaat en goed samenwerken. (8, 11, 14, 24, 25)
Het opzet van deze masterproef is om beide thema's te combineren en te kijken naar intensere samenwerking binnen acute zorg, met name de luchtweg consultaties (verder ook "LUCO's" genoemd en welke voordelen en moeilijkheden dit met zich meebrengt.
Uiteindelijk leidde dit tot volgende **onderzoeksvraag**: "Hoe ervaren artsen en verpleegkundigen de implementatie van een nieuwe benadering van consultvoering, waarbij complementair wordt samengewerkt bij de behandeling van patiënten met bovenste luchtwegklachten?"

Methodologie

Literatuuronderzoek

Voorafgaand aan de formulering van de CMO-hypothese vond een exploratief literatuuronderzoek plaats om bestaande kennis en inzichten met betrekking tot dit onderwerp in kaart te brengen. De primaire databank voor dit onderzoek was PubMed, waar werd gezocht met verschillende zoektermen, zowel afzonderlijk als in combinatie. De gebruikte zoektermen omvatten onder andere: *respiratory tract infection*, *upper respiratory tract*, *nurse*, *doctor*, *general practitioner*, *physician*, *consultation*, *task shift*, *collaboration*, *experience*, *nurse-led care* en *acute care*. Daarnaast werd gebruikgemaakt van de functie 'Similar Articles' in PubMed om aanvullende relevante publicaties te identificeren.

Naast PubMed zijn ook HuisartsNu en Google Scholar geraadpleegd om een breder scala aan relevante literatuur te verzamelen. Verder werd de sneeuwbalmethode toegepast, waarbij de referentielijsten van reeds geselecteerde artikelen systematisch werden doorgelicht om aanvullende relevante studies te identificeren. Voor bepaalde actualiteiten werden ook verscheidene websites geraadpleegd (bv. Domus Medica®). Deze gecombineerde aanpak zorgde voor een zo volledig mogelijk overzicht van de bestaande literatuur binnen het onderzoeksdomein.

Onderzoeksontwerp

Om de bovenstaande onderzoeksvraag te beantwoorden, werd een kwalitatief onderzoeksontwerp ontwikkeld, waarbij de *realist evaluation* als leidraad werd gehanteerd. De *realist evaluation* richt zich niet op de vraag of een interventie effectief is, maar beoogt een diepgaand begrip te verkrijgen van wat werkt, voor wie, binnen welke context en onder welke specifieke omstandigheden. Het doel is dus om inzicht te krijgen in de factoren die bijdragen aan succes of falen, afhankelijk van de context waarin de interventie wordt toegepast. (26)

De *realist evaluation*-benadering is ideaal voor dit onderzoek omdat het niet alleen inzicht biedt in de effectiviteit van de samenwerking, maar ook in de mechanismen en contextuele factoren die bepalend zijn voor het succes (of niet) ervan. Dit maakt het mogelijk om praktijkgerichte aanbevelingen te formuleren en de implementatie van complementaire samenwerking in de huisartsenpraktijk te optimaliseren.

Zodoende werd een CMO-hypothese (Context-Mechanism-Outcome) opgesteld. Deze hypothese dient als een theoretisch raamwerk om de verschillende aspecten van het onderzoek verder te verduidelijken en te structureren. CMO verwijst naar drie kerncomponenten die van invloed zijn op de uitkomsten:

- **Context**: De specifieke omstandigheden, omgevingsfactoren of kenmerken van de populatie waarin de interventie wordt toegepast.
- **Mechanism**: De onderliggende processen of mechanismen die bepalen waarom de interventie werkt, en hoe deze processen zich ontvouwen in de praktijk.

- **Outcome**: De beoogde of werkelijke effecten van de interventie, die afhangen van de interactie tussen context en mechanismen.

De CMO-hypothese beoogt dus een dieper inzicht in welke contexten en mechanismen bijdragen aan de effectiviteit van de interventie, en onder welke voorwaarden bepaalde uitkomsten gerealiseerd kunnen worden.

Onderzoekspopulatie en wervingsprocedure

De rekrutering van deelnemers vond zowel persoonlijk als via e-mail plaats. Artsen en verpleegkundigen werkzaam in de betrokken centra werden rechtstreeks benaderd door een huisarts in opleiding. Tijdens deze persoonlijke benadering werd op beknopte wijze de opzet en methodologie van de studie toegelicht.

Er werd gestreefd naar de deelname van ongeveer twee à drie artsen en twee à drie verpleegkundigen per centrum, met een geschat totaal van acht tot twaalf deelnemers. Finaal zijn er respectievelijke vier en zes respondenten in de twee centra.

Dataverzameling en -analyse

Na een grondige literatuurstudie werd de inleiding opgesteld en een CMO-hypothese uitgewerkt, die verder wordt toegelicht. Ter beantwoording van deze hypothese werd gebruikgemaakt van semi-gestructureerde diepte-interviews. Deze interviews werden individueel afgenomen door een huisarts in opleiding met de artsen en verpleegkundigen werkzaam in de betrokken centra. De interviewvragen zijn open van aard en geformuleerd op basis van de CMO-hypothese.Na ontvangst van de officiële bevestiging van deelname werd de deelnemer na een bepaalde periode opnieuw gecontacteerd om een individueel diepte-interview in te plannen. De interviews vonden plaats in juni en juli 2024. Eén respondent werd ter verdieping van de resultaten nogmaals geïnterviewd in januari 2025. De interviews werden opgenomen met een audiorecorder en vervolgens getranscribeerd door de interviewers. Na voltooiing van de transcriptie werden de geluidsopnamen vernietigd. De interviews behandelden verschillende thematische onderwerpen, met specifieke aandacht voor de persoonlijke ervaringen van de deelnemer, evenals de factoren die de samenwerking bevorderen of belemmeren.

CMO-hypothese

De analyse werd uitgevoerd volgens de principes van *realist evaluation*. In overeenstemming met deze benadering werd de onderzoeksvraag vertaald naar een *Context-Mechanism-Outcome* (CMO)-hypothese. Deze hypothese diende als theoretisch kader en werd tijdens de studie empirisch getoetst.

Context: Er heerst een toegenomen druk op de wijkgezondheidscentra in kwestie omwille van groei van het patiëntenbestand binnen dezelfde beschikbare middelen. Er wordt zodus naar nieuwe manieren gezocht om de zorg complementair te organiseren. Zo werden de

“luchtwegconsultaties” (LUCO’s) geïmplementeerd. Hierbij gaan artsen en verpleegkundigen complementair aan de slag bij patiënten die zich aanmelden met luchtweg-gerelateerde klachten. Nadat de verpleegkundige de anamnese afwerkt, komt de arts langs voor het klinisch onderzoek en diagnosestelling. Tenslotte geeft de verpleegkundige het best passende beleid mee aan de patiënt (in overleg met de superviserende arts). Er wordt door de verpleegkundige verslag gemaakt van de consultatie in het medisch dossier.

Mechanisme:
De LUCO’s leiden tot een zeer nauwe interactie tussen de verpleegkundigen en de artsen.
Door samen te werken ontstaat er een gedeelde verantwoordelijkheid rond de patiënt en ontstaat er een evenwichtige verdeling van de agenda-invulling.
Verpleegkundigen gaan autonoom anamnese en uitleg, advies en planning uitvoeren in een consult. De informatie uit de anamnese wordt door de verpleegkundige op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier gebracht aan de arts.
Om een optimale anamnese tot stand te brengen, is het van belang dat de verpleegkundige mee diagnostisch redeneert zodat er op de juiste clues kan ingegaan worden. De arts krijgt op die manier meer inzicht en vertrouwen in de kunde van de verpleegkundige.
Verpleegkundigen en artsen vormen op deze manier onderdeel van een innovatief project dat actief zoekt naar een mogelijke invulling van de toekomstige eerstelijnszorg.
De arts bevindt zich meer in een superviserende rol. Dit is een andere competentie dan men gewend is, wat verrijkend is en bijdraagt tot de verdere professionele ontwikkeling.

Outcome:
- Een meer solidaire werkbelasting en tijdsbesparing voor de arts.
- Artsen en verpleegkundigen beschouwen dit als een manier om toegang tot de zorg, kwaliteit van zorg en continuïteit van zorg te verbeteren.
- Een betere samenwerking en communicatie tussen artsen en verpleegkundigen, en bijgevolg ook meer vertrouwen in elkaars kunde.
- Verpleegkundigen voelen zich waardevol omdat ze nieuwe vaardigheden leren.
  Het leidt tot een shift in hun takenpakket, hetgeen bovendien beschouwd wordt als boeiend werk.
- Ervaring met LUCO’s bij verpleegkundigen leidt tot een beter diagnostisch redeneren, optimalisatie van de consultatie en bijgevolg meer vertrouwen en voldoening in het werk.
- De arts geeft artsentaken uit handen, leert een nieuwe competentie als supervisor en ervaart dit als een meerwaarde.

Data-analyse

De verkregen transcripten werden vervolgens geüpload in NVivo, een softwarepakket voor kwalitatief onderzoek dat beschikbaar wordt gesteld via de Universiteit Gent. Drie interviews werden afzonderlijk gecodeerd door de beide onderzoekers. De resulterende codebomen werden nadien samengebracht en geïntegreerd tot één definitieve codeboom, die werd besproken met de promotor. Deze codeboom vormde vervolgens de basis voor de codering van de overige interviews. Alle interviews werden vervolgens opnieuw gecodeerd volgens de vastgestelde codeboom. De gecodeerde fragmenten werden geordend in thematische categorieën, waardoor patronen en onderliggende mechanismen konden worden geïdentificeerd. Dit maakte het mogelijk om verbanden te leggen tussen contextuele factoren,

mechanismen en uitkomsten, zoals beschreven binnen het *Context-Mechanism-Outcome* (CMO)-model.

Ethische overwegingen

Voorafgaand aan de dataverzameling werd het onderzoeksprotocol voorgelegd aan de bevoegde ethische commissie. De studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent en het Universitair Ziekenhuis Gent op 24/11/2023. Alle deelnemers werden voorafgaand aan hun deelname geïnformeerd over het doel en de werkwijze van de studie. Zij ontvingen een *informed consent*-formulier, waarin hun rechten, de vrijwillige aard van hun deelname en de mogelijkheid om zich op elk moment terug te trekken zonder gevolgen werden toegelicht.

Bij de verwerking van de onderzoeksgegevens werd strikt voldaan aan de geldende wetgeving inzake gegevensbescherming, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG/GDPR). Persoonsgegevens werden gepseudonimiseerd en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden. De identiteit van de respondenten werd beschermd door het gebruik van pseudoniemen en door alle potentieel herleidbare informatie uit de transcripties te verwijderen. De verzamelde gegevens werden enkel toegankelijk gemaakt voor de onderzoekers en op een beveiligde manier opgeslagen.

Opvolging

Aan het einde van het onderzoek zullen de respondenten digitaal een exemplaar van de masterproef ontvangen. Op deze manier kunnen we ervoor zorgen dat de respondenten nauw betrokken blijven bij het onderzoek.

Resultaten

Context

Ontstaansmechanisme

Er zijn verschillende redenen die aan de basis liggen van het ontstaan van de LUCO's. Zo haalden we in de inleiding reeds de nood tot opschalen met hetzelfde personeel en "zin" in een complementair project aan. Deze zijn in de interviews met de respondenten bevestigd. Echter kwamen er nog enkele andere elementen naar voren.

1. **Druk op de huisartsenzorg en het ontstaan van samenwerking**

De interviews wijzen erop dat een groeiende zorgvraag met tegelijk eenzelfde aantal zorgverleners een belangrijke aanzet vormden voor de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. LUCO's zijn mede ontstaan uit de noodzaak om meer patiënten te helpen zonder extra artsen aan te nemen.

> *"We wilden meer patiënten helpen, maar niet meer artsen aannemen, dus zijn we op zoek gegaan naar manieren om dat te kunnen doen en toch onze bereikbaarheid niet te verslechteren." (Arts 5)*

Bovendien gaven de artsen regelmatig aan dat het werk tijdens de wintermaanden heel repetitief was, gezien de vele luchtweginfecties. Hierdoor was er minder ruimte voor andere zorg (bijvoorbeeld chronische zorg).

> *"Weinig mensen waren ernstig ziek. (...) Vaak moest ik hetzelfde tekstje zeggen. (...) Als huisarts moet je een beetje overleven in die maanden." (Arts 2)*

De LUCO's gaven de mogelijkheid tot behoud van het acute aanbod zonder in te boeten op het chronisch zorgaanbod.

2. **Rol van crisis**

Een opvallende observatie uit de interviews was dat een crisissituatie, zoals de COVID-pandemie, innovatie en nieuwe werkmodellen hebben versneld. Er werd meer telefonisch gewerkt en zowel artsen als verpleegkundigen moesten zich aanpassen aan nieuwe realiteiten. Dit veroorzaakte dus de ideale kweekbodem voor het ontstaan van de LUCO's.

> *"Crisis breathes creation." (Arts 3)*

3. **Van arts-centrisch naar complementair samenwerken**

Verschillende respondenten bekritiseren de huidige, in België nog sterk arts-gecentreerde werkwijze. Een van de uitspraken luidt:

“In België werken we sowieso teveel arts-gecentreerd. Ik denk dat onze gezondheidszorg in de toekomst efficiënter zal moeten zijn en dat we echt weg moeten dat de arts de centrale persoon is.” (Verpleegkundige 3)

Hiermee dringt men aan op een herverdeling van taken, waarbij de expertise van verpleegkundigen (en in toenemende mate ook van andere zorgverleners) benut wordt. Deze verschuiving zou artsen meer ruimte geven om complexe casuïstiek te behandelen, terwijl verpleegkundigen laag-complexe (acute) zorg kunnen behandelen.

“Die LUCO’s, die eigenlijk zeer laag complexe zorg is, dat die kan verschuiven zodat hoger complexe zorg waarvoor wij eigenlijk zijn opgeleid bij de arts terecht komt, dus een betere triage.” (Arts 3)

Protocollair werken: kwaliteit, veiligheid en juridische noodzaak

Het gebruik van protocollen zorgt ervoor dat de consulten gestandaardiseerd verlopen. Dit helpt om geen cruciale onderdelen over het hoofd te zien en draagt bij aan een systematische, stapsgewijze aanpak. Het protocol biedt dus een houvast. Volgens de arts-respondenten zijn verpleegkundigen ook beter in protocollaire zorg.
Een afgebakend en duidelijk protocol garandeert dat de zorg binnen de wettelijke kaders blijft en helpt om incidenten te voorkomen, omdat afwijkingen van de standaard werkwijze zouden moeten worden opgevangen.

“Eerst en vooral hebben we moeten kijken dat we geen wettelijke grenzen overschreden, dat we een waterdicht protocol hadden.” (Arts 5)

“Het feit dat dat mooi vastligt op papier, dat ze dat erbij kunnen nemen, geeft een vorm van zekerheid.” (Arts 5)

“Ik vond bovendien dat de manier waarop het LUCO-systeem ingericht was met oa de protocollen dat er altijd uitzonderingen zou opgevangen worden.” (Arts 2)

De respondenten zijn het erover eens dat de verpleegkundige consultaties kwalitatief minstens evenwaardig zijn aan die door artsen. Er zal inherent wel een verschil blijven in bijvoorbeeld het voorschrijven van medicatie.

“De verpleegkundige gaat zeker een kwalitatief consult afleveren maar die gaat wel via de omweg van een geprotocolleerde anamnese daar pas geraken.” (Arts 3)

“Als je een goed protocol hebt, dat je een patiënt beter kunt helpen dan dat je een patiënt gewoon op consultatie zou zien als arts ofzo” (Arts 4)

Verpleegkundigen nemen meer tijd voor een volledige anamnese en geven uitgebreid niet-medicamenteus advies. Dit leidt tot een consult dat kwalitatief rijker kan zijn en de patiënt meer laat voelen dat hij gehoord wordt. Er is ook de hoop dat dit uitgebreider advies in de toekomst zijn vruchten afwerpt.
Terwijl de consulten kwalitatief rijker en intensiever zijn, duurt een consult wel vaak langer.

“De patiënten krijgen bij de verpleegkundige veel meer info en zijn hier ook langer. We hopen dat patiënten op lange termijn al weten wat ze moeten doen bij een bovenste luchtweginfectie en dat ze dan op termijn ook minder gaan komen.” (Arts 1)

“Ik ben ervan overtuigd dat het voor de patiënt een aangenamer consult is en dat hij zich meer gehoord voelt.” (Verpleegkundige 1)

“Zeker bij luchtwegdingen zijn die adviezen en die niet-medicamenteuze dingen wel belangrijk. Er worden heel snel dingen voorgeschreven die niet nodig zijn. Het is dan misschien niet slecht dat het een verpleegkundige is die dat eens op een andere manier uitlegt, in plaats van dat er altijd maar neusspraytjes enzo worden voorgeschreven die toch niets doen.” (Verpleegkundige 4)

Een respondent geeft ook aan dat er mogelijks meer kwaliteitswinst zou zijn indien één vaste verpleegkundige de LUCO’s verricht. De duurzaamheid van de LUCO’s zou zo ook kunnen worden bekrachtigd.

“Maar ik denk dat het misschien nog kwaliteitsvoller zou zijn als het door één persoon wordt gedaan. Als er een verpleegkundige opgeleid is om dat te doen (...) Als je eigenlijk in een consult van twee hulpverleners erop moet zijn, dan denk ik dat het niet zo heel duurzaam is.” (Verpleegkundige 2)

Agenda aanbod

Het agenda-aanbod wordt als groter gepercipieerd. **Het biedt meer ruimte om chronisch zorgaanbod te organiseren voor de artsen.** Een respondent maakt wel de opmerking dat de agenda-flexibiliteit groter zou kunnen zijn indien slechts een vaste verpleegkundige de LUCO’s meer zelfstandig kan uitvoeren. Dit zou de efficiëntie kunnen verhogen. De vraag kan gesteld worden of sommige patiënten met luchtweggerelateerde klachten soms niet telefonisch kunnen worden geholpen. Anderzijds vallen bij de arts de meer simpele consulten (zoals een luchtwegconsult) weg, die soms net wel een verlichting in de dag kunnen bieden.

“Ja, enerzijds was ik blij dat die bovenste luchtweginfecties niet meer bij ons waren." Ik had het gevoel dat ik daar niet voor opgeleid was. Soms had ik het gevoel ‘moet ik hier echt mijn tijd insteken?’. (…) Soms mis ik wel de makkelijke consulten. Ofwel doet de verpleging het nu, ofwel gebeurt het telefonisch. Er zijn nu nog weinig consulten waarbij ik even kan rusten.” (Arts 1)

Het voelt voor verpleegkundigen minder evident om een consult enkel te beperken tot een bovenste luchtweginfectie, omdat patiënten vaak nog andere klachten willen bespreken. Door hier niet op te kunnen ingaan, kan dit het gevoel van de toegang tot zorg mogelijk verminderen.

“Het is niet omdat je voor een LUCO komt, dat je niet iets anders mag vragen. Na verloop van tijd vind ik dat een beetje schaamtelijk om te zeggen van ‘ah ja, maar dat gaan we nu niet doen.” (Verpleegkundige 1)

Differentiatie in leer- en implementatie tempo

Respondenten merken op dat niet alle verpleegkundigen (en in bredere zin alle betrokken professionals) in hetzelfde tempo vertrouwd raken met het uitvoeren van LUCO's. Er wordt expliciet benoemd dat sommige collega's sneller op gang komen dan anderen, wat zowel afhangt van de persoonlijke "bagage" als van hun eerdere opleiding.

> *"Niet iedereen heeft dezelfde bagage, een verpleegkundige met een hogeschoolopleiding mag eigenlijk dezelfde zaken doen als de verpleegkundige met een universitair verder gezette opleiding." (Arts 3)*

De overgang vraagt ook om een proces waarin zowel artsen als verpleegkundigen leren om elkaars competenties te vertrouwen. De "grens" van wat men veilig kan delegeren wordt tijdens dit proces geleidelijk verlegd, maar dit verloopt niet bij iedereen even snel. Artsen moeten bereid zijn los te laten, vertrouwen te geven en de verpleegkundigen nieuwe vaardigheden te leren en hen hierin te ondersteunen.
Binnen een diverse groep artsen is het bovendien moeilijk om uniforme werkwijzen en communicatieve verwachtingen af te stemmen. Men handelt op basis van evidentie, maar ook zijn veel beslissingen gebaseerd op ervaring, waardoor synchronisatie niet vanzelfsprekend is.

> *"Dat het dan moeilijk is om binnen die diverse groep artsen, dat dat veel vanuit ervaring gedaan wordt en dat het niet zo makkelijk synchroon te krijgen is." (Verpleegkundige 3)*

> *"Uw artsenteam moet dat leren loslaten en moet het ook zien zitten dat de verpleging te ondersteunen in het leren van een aantal nieuwe skills." (Arts 5)*

> *"Dat was iets heel nieuws, dus ik had dat niet in onze opleiding gezien. Dat was wel iets heel nieuws, maar anderzijds was er ook intern een goeie opleiding en protocol." (Verpleegkundige 2)*

Kleinschalig beginnen en verpleegkundigen stap voor stap in de praktijk laten wennen, helpt bij een succesvolle invoering.

> *"Wij hebben dat aangepakt die hindernis door echt het geheel te gaan opsplitsen in veel kleinere stappen waardoor je eigenlijk dat diegene die meer wantrouwig waren, meer en meer konden voelen van kijk het loopt eigenlijk wel vlot, het geeft een meerwaarde." (Arts 3)*

Mechanisme

Briefing tijdens de LUCO: inhoud en verwachtingen

De uitvoering van LUCO's leidt tot een nauwe interactie tussen artsen en verpleegkundigen waarbij interdisciplinaire communicatie vereist is. Zoals reeds geschetst voert de

verpleegkundige de anamnese waarna er een overleg volgt met de arts: de briefing. Initieel kwam de arts steeds langs, maar gaandeweg werd geëvolueerd naar de huidige situatie (in de ene praktijk) waarbij er een telefonisch overleg is waarin al dan niet wordt bepaald of de arts nog dient langs te komen. In de andere praktijk wordt een praktijkverpleegkundige opgeleid om zelfstandig het consult af te werken; bij de eerstelijnsverpleegkundigen die LUCO's uitvoeren, komt de arts wel nog langs.

De **inhoud waarop deze briefing verloopt was initieel niet uniform**, zo blijkt uit de antwoorden van de respondenten. De verpleegkundigen ervaarden een **verscheidenheid in de verwachtingen** van de arts: het consult in het medisch dossier nalezen, de verpleegkundige die de anamnese gaat briefen naar de arts… Eén respondent gaf ook aan dat het voelde als veel moeite om de anamnese te voltooien, waar nadien weinig oor naar was. Op deze wijze is er dus een aanpassing van het briefen nodig per arts. Dit in tegenstelling tot het perspectief van de artsen die eerder aangaven dat de **essentie met alarmsymptomen en voorgeschiedenis net van groot belang is**. Om hieraan tegemoet te komen, werd door één van de respondenten aangehaald dat het nuttig zou zijn om voor de start van de LUCO's kort met elkaar af te stemmen hoe de samenwerking en communicatie zal gebeuren.

> *"Ik weet ook niet altijd exact wat een arts precies wil dat je opschrijft." (Verpleegkundige 1)*

> *"Je steekt soms veel moeite in de anamnese van bepaalde dingen.En artsen gaan er dan soms onverwachts snel over. Dat staat dan in schril contrast met de moeite die je gedaan hebt om dat allemaal in de kaart te brengen." (Verpleegkundige 1)*

> *"Er zijn er die heel goed briefen, dus de informatie die je nodig hebt. Anderen gaan heel letterlijk briefen van "zoveel dagen ziek, dit en dit en dit", terwijl je eigenlijk vooral wil weten zijn er alarmsymptomen, hoe oud is die patiënt, is er voorgeschiedenis …" (Arts 4)*

Echter werd bij een recenter interview aangehaald dat de briefing concreter werd vastgelegd. Deze gebeurt nu in één van de twee deelnemende praktijken ook volgens het **ICE-model**, wat men als positief ervaart.

Vanuit het verpleegkundig standpunt wordt het **belang van ervaring** aangehaald. Het begrip "oefening baart kunst" is een bijdragende factor in het efficiënter maken van de overdracht. De **aanwezigheid van een protocol/sjabloon** vormt daarenboven een bijkomend hulpmiddel als kapstok om de briefing te laten verlopen. Het belang van een goed protocol werd hogerop reeds geschetst.

> *"Ja, in het begin is dat natuurlijk veel te lang. En dan loopt dat, ja, dan duurt dat wel lang. En na een tijdje probeer je meer te focussen op de belangrijke dingen bv parameters die ok zijn. Dus dat verhaal wordt eigenlijk altijd maar korter." (Verpleegkundige 2)*

Communicatie: bereikbaarheid en gelijkwaardigheid als fundament

Er werd gepeild naar de ervaring in het contact met de arts voor de telefonische overdracht waarbij een respondent aangaf dat de **bereikbaarheid van de arts** een belangrijk gegeven vormt. Er is begrip dat het niet leuk moet zijn om zijn/haar consultatie te verlaten. De verpleegkundige (en de patiënt) moet(en) langer wachten om de arts te bereiken of totdat er wordt langsgekomen. Anderzijds wordt deze 'standby' functie door de artsen als intens ervaren. De drempel tot contacteren binnen dit domein is laag tot niet-bestaand.

> *"Het is niet evident dat een arts bezig is met consultaties en dat die gestoord wordt door u. Als je hem roept om naar u te komen, dat is ook niet leuk voor die arts om midden in een consultatie naar u te komen. (...) Ik bel hen en ze zijn zelf aan de lijn. Omdat ze dan telefonische consulten of telefonische zaken aan het doen zijn, want dat kan lang duren zo'n telefoon." (Verpleegkundige 1)*

> *"Soms moesten de verpleegkundigen wel lang wachten op ons. Dat was eigenlijk voor iedereen frustrerend. Ik voelde me opgejaagd. De verpleegkundige en de patiënt zijn aan het wachten dus er zijn eigenlijk geen winnaars." (Arts 1)*

> *"Als ze ook maar het gevoel hebben van 'het klopt hier niet' is hun drempel altijd laag genoeg om ons te contacteren." (Arts 5)*

Volgens de respondenten is de invloed van de LUCO's op de onderlinge communicatie buiten de briefing tijdens het consult beperkt. **Wel kon men een verschuiving waarnemen in de communicatie met betrekking tot competenties en professionele ontwikkelings-mogelijkheden.** Daarnaast gaf een verpleegkundige respondent aan dat stress en tijdsdruk een negatieve impact hebben op de aanspreekbaarheid van de arts. In dergelijke situaties ontstaat de indruk dat de arts zich liever tijdelijk terugtrekt, wat de toegankelijkheid voor overleg kan beperken.

> *"Ik denk dat we altijd wel al een heel laagdrempelig en open communicatie hebben met onze artsen. Dus ik denk niet dat het er veel aan veranderd heeft. (...) Maar zo over het vakinhoudelijke, en over uw competenties hebben we wel dingen kunnen uitwisselen en groeien." (Verpleegkundige 4).*

Als er werd gepeild naar wat aan de basis ligt van de laagdrempelige communicatie, komt hoofdzakelijk de open en horizontale cultuur in de praktijk naar voren. Respect en het niet-hiërarchisch denken vormen hier essentiële componenten in. **Openheid en gelijkwaardigheid tussen disciplines zonder hiërarchisch denken draagt bij aan succesvolle samenwerking. Communicatie is hierbinnen essentieel.**
De invloed van de LUCO's op deze concepten was daarentegen beperkt naar de mening van de respondenten, omdat de algemene cultuur er reeds was voor de introductie van LUCO's.

> *"In ons centrum werken wij heel horizontaal. Dus dat zorgt ervoor dat er al heel lang een algemene houding is van iedere discipline heeft zijn expertise." (Arts 3)*

“We werken al lang met die artsen, er is eigenlijk geen hiërarchie, er is hier een zeer open cultuur. Ik denk dat dat wel heel belangrijk is (...) op het niet-hiërarchisch denken niet, denk ik.” (Verpleegkundige 3).

“Eigenlijk ook over andere dingen kunnen we delen en open en direct laagdrempelig met artsen omgaan. Ik denk dat het niet veel veranderd is met de LUCO.” (Verpleegkundige 4)

Feedback: de nood tot overleg en evaluatie op verschillende niveau’s

Bij de opstart van een nieuw samenwerkingsproject hoort natuurlijk ook de nodige evaluatie en feedback. In beide praktijken richtte men een werkgroep op rond de LUCO’s. Vanuit de betrokken disciplines wordt allerlei informatie verzameld. De rol van deze werkgroep is moeilijkheden opsporen en oplossingen te proberen bedenken. Naast een coördinerende rol van een **meta-niveau**, wordt door één van de respondenten aangegeven dat ook op **micro-niveau** overleg en feedback van belang is. Dit wordt echter niet standaard ingepland, zo blijkt. Enkele verpleegkundigen gaven aan actief individuele feedback te gaan vragen aan de arts, echter wordt het feedback geven zelf door de arts niet altijd als makkelijk ervaren. Vanuit het artsenperspectief gaat men ervan uit dat de intercollegiale relatie zodanig is, dat het wordt benoemd wanneer de feedback te veel of te weinig is.

“Ik denk dat het moeilijkste is, zeggen als iets niet goed genoeg is, en dan proberen die feedback zodanig te geven dat ze er ook de groeikans in zien, en niet gewoon iemand afbreken.” (Arts 5)

“Het is belangrijk dat er close loop overleg is met de verpleegkundigen die het doen en dan bedoel ik echt 1 op 1 overleg.” (Arts 1)

“Ja, maar als ik twijfelde dan ging ik ook altijd aftoetsen bij de artsen. En dan krijg ik wat extra uitleg en dan kon ik de volgende keer dat terug meepakken.” (Verpleegkundige 2)

Invloed van LUCO’s op de interdisciplinaire samenwerking en andere gevolgen

De **invloed van de LUCO’s op de interdisciplinaire samenwerking blijkt neutraal tot positief** bij de respondenten. De LUCO’s zijn niet het eerste project dat de artsen en verpleegkundigen gezamenlijk uitvoeren, waardoor er **reeds een sterke basis** was van waaruit werd vertrokken. Er is meestal een vast duo van arts-verpleegkundige die de LUCO’s voor een bepaalde dag in de week gaan opnemen, wat die onderlinge interactie doet versterken. Echter is de **impact van samenwerking rond chronische patiënten groter** dan de kortstondige contacten binnen een LUCO. Anderzijds werkt het samenwerken rond een project om betere patiëntenzorg te bekomen aanstekelijk. Beide disciplines gaven daarnaast aan dat ze door de LUCO’s **beter inzicht kregen in elkaars stijl en takenpakket**. Een negatief beïnvloedende factor op de samenwerking is de werkdruk.

“Als wij spreken over echt een intense samenwerking dan is het eerder over chronische patiënten. Waar we chronisch op huisbezoek gaan. Dat is nog iets anders dan verkoudheden.” (Verpleegkundige 1)

“Je werkt nu een heel project uit om samen zorg te dragen voor patiënten waarbij je eigenlijk dat samenwerken echt voelt, telkens groeien, waardoor dat dat ook wel goesting geeft om nog projecten te gaan uitwerken.” (Arts 3)

“Ja, ik heb het gevoel dat ik beter weet wat hun manier van werken is. Ik had voordien weinig zicht op hoe ze onderling verschillen.” (Arts 2)

“En doordat je eigenlijk die duoconsulten had, kon je eigenlijk veel nauwer samenwerken met de arts. En zo leerde je ook iedereen zijn stijl wat kennen.” (Verpleegkundige 2)

Vertrouwensrelatie en belang van stapsgewijze introductie

Nauw verbonden aan de intense samenwerking is het aspect rond vertrouwen. Ook hier spelen reeds vroegere samenwerkingsprojecten en de heersende cultuur een belangrijke rol, waardoor de **invloed van de LUCO’s** ook **neutraal tot positief** lijkt te zijn. De manier hoe de LUCO’s werden geïntroduceerd, bleek bij beide partijen een cruciale rol te zijn om dit vertrouwen te gaan voeden. **Traag opbouwen en geleidelijk meer loslaten zijn hierbij onontbeerlijk.** Enerzijds vanuit het artsenperspectief om de verpleegkundige te vertrouwen met het uitvoeren van zo’n consultatie, anderzijds voor de verpleegkundige om vertrouwen te krijgen in zichzelf en nieuwe competenties te laten ontplooien. Enkele geïnterviewde artsen gaven zelfs aan dat hun (cfr. verpleegkundigen) eigen zelfvertrouwen de grootste drempel was. Dit is positief, maar de impact van deze nieuwe materie en consultvoering door de verpleegkundige mag niet onderschat worden. Het vertrouwen van de arts in de verpleegkundige laat zich voornamelijk indirect merken.

“De grootste moeilijkheid bestond eruit dat de verpleging plots iets heel nieuw moesten doen waar ze zich nog vrij onzeker bij voelden ten opzichte van het artsenteam die vonden dat het eigenlijk iets heel eenvoudig was dat wel zou lukken. Wij als artsen hadden er eigenlijk heel veel vertrouwen in.” (Arts 2)

“Ik had al veel vertrouwen in de verpleging en ik denk dat dat hetzelfde is gebleven." (...) "Je merkt ook wel van in andere casussen, gemeenschappelijke patiënten, diabetespatiënten, dat dat gewoon super capabele mensen zijn.” (Arts 4)

“Ik denk dat het sowieso wel gegroeid is, en ik denk dat de enige manier is door uhm, het stap per stap aan te pakken. Dus wij hebben echt heel heel heel traag geëvolueerd. (...) en dat is echt nodig om langs beide teams, enerzijds bij de verpleegkundigen om in zichzelf vertrouwen te krijgen en ook bepaalde capaciteiten te krijgen die belangrijk zijn, en anderzijds voor de artsen om ons te leren vertrouwen en te kijken wat onze capaciteiten zijn.” (Verpleegkundige 3)

Outcome

Jobinhoud: LUCO's als kerntaak en impact op werkvreugde

Zoals reeds werd aangetoond in de literatuurstudie is acute zorg door verpleegkundigen zeker mogelijk en minstens even kwaliteitsvol als de zorg geleverd door een arts. In het buitenland staat acute verpleegkundige zorg verder dan in België, wat de LUCO's een fris initiatief maakt binnen de eerste lijn in ons land. Maar welke invloed hebben de LUCO's op de jobinhoud en werkvreugde van de medewerkers?
De verpleegkundige respondenten gaven algemeen aan dat ze het als een verrijking beschouwen. Het biedt de mogelijkheid om bij te leren, te groeien en zich te verdiepen. Het vormt een extra variatie binnen hun dagelijkse takenpakket. Ze kunnen ook zorgen voor een trots gevoel als er iets uit het klinisch onderzoek wordt opgepikt. De verpleegkundige zit in een ander format van consultatie voeren, wat bijdraagt aan **communicatieve vaardigheden** die volgens de arts ook binnen andere domeinen kunnen worden ingezet.

> *"Ik leer wel bij, dat wel. Ik ben wel fier als ik er iets uithaal." (Verpleegkundige 5).*

> *"Het is ook wel een kans om bij te leren, om te groeien, om meer verantwoordelijkheid te nemen, en om u te ontwikkelen eigenlijk he. Het is toch iets dat niet veel verpleegkundigen kunnen doen. Dus ja ik vind dat wel zeer interessant." (Verpleegkundige 4)*

LUCO als kerntaak van de verpleegkundige, of niet?

Van oudsher staat de arts centraal in patiëntenzorg. De verpleegkundige vormt hierin een belangrijke en ondersteunende rol. De opkomst van de hervorming van het verpleegkundig beroep (met o.a. de verpleegkundig-specialist) zorgt ervoor dat er ook meer arts-gerelateerde taken in het verpleegkundig takenpakket komen, zoals een LUCO.

De meningen van de respondenten in de interviews hierover zijn verdeeld. We horen enerzijds stemmen die het belangrijk vinden dat de verpleegkundige meer eigenaarschap opneemt en dat we **weg moeten van de arts als centrale speler.** Dit is voor de verpleegkundigen een andere rol dan hen in de vroegere opleiding werd aangeleerd. Anderzijds rijst de bedenking of de **andere kerntaken** van de verpleegkundige niet te veel **onder druk** komen door een project als de LUCO's.

> *"Er is heel lang een idee gecultiveerd dat zorg voor patiënten, dat daarin de arts centraal staat. Ja ik denk dat we daar eigenlijk al voorbij mogen gaan." (Arts 3)*

> *"Dat is wel de grootste uitdaging ook geweest voor de verpleging in het begin. is dat dat erbij kwam. Dus we hadden ons eigen verpleegkundig werk , namelijk consulten en huisbezoeken. En dan was er die LUCO nog bij. En dan moest je heel uw agenda aanpassen." (Verpleegkundige 2)*

Er komt geen concreet en éénduidig antwoord op deze bemerking uit de interviews. Als het uitvoeren van LUCO's in conflict komt met het uitvoeren van de kerntaken van de

verpleegkundige, kan dit leiden tot moeilijkheden; wat in één van de deelnemende praktijken gebeurde. Volgens een van de respondenten moeten LUCO's worden gezien als een kerntaak en vast onderdeel van het takenpakket, zeker voor verpleegkundigen in opleiding. Het is niet noodzakelijk dat dit op elke verpleegkundige van toepassing is. Een **diversificatie binnen het verpleegkundig profiel** kan hiervoor een oplossing zijn, om de juiste competenties uit de juiste persoon te halen.

> *"Ja, de verpleegkundigen hadden op termijn het gevoel dat ze niet meer konden focussen op hun eigen kerntaken. Er is toen wel wat frictie ontstaan tussen artsen en verpleegkundigen. We hadden het nochtans op voorhand duidelijk gevraagd. (...) Als ze in hun opleiding voldoende LUCO's zien als een kerntaak dan is dat een andere ingesteldheid dan dat de dokter 'ondersteund' moet worden. Ik vind het belangrijk dat de nieuwe generatie verpleegkundigen dat gaan zien als hun kerntaak. (...) Misschien hoeft ook niet per se elke verpleegkundige dat te doen, misschien beter een paar die zich erin specialiseren." (Arts 1)*

> *"Wat we nu moeten doen is zeer ruim, een zeer ruime competenties: enerzijds de verpleegkundige zorg, anderzijds de LUCO's. Iemand vinden die alles goed doet, die alles wil doen, die alles kan doen, begint moeilijker te worden. Dus we zijn wel aan het kijken naar de specialisering daarin." (Verpleegkundige 3)*

Wie verpleegkundigen wil opleiden tot het kwaliteitsvol uitvoeren van LUCO's, moet rekening houden met de nodige tijd en inzet.

> *"Omdat als die persoon weg valt, je hebt daar heel hard in geïnvesteerd, en als dat wegvalt en er zijn niet meerderen die dat opvolgen, ja dan moet je eigenlijk weer van nul beginnen in het opleiden van de volgende." (Arts 3)*

Negatief beïnvloedende factoren zijn veranderingen in het team, een daling van het aantal personeelsleden of ziekte en agenda wijzigingen.

De arts functioneert binnen het LUCO verhaal ook op een andere manier: een superviserende rol die feedback moet geven. Om zich in de beslissende rol te gaan bevinden, voelt de arts zich bekwaam en wordt het vergeleken met de supervisie van een stagiair/HAIO. Desondanks is er geen duidelijke opleiding in het superviseren voor de meeste artsen. Het voelt als een proces van doen en hieruit leren om zo deze vaardigheid verder aan te scherpen. Feedback geven wordt daarentegen als moeilijker ervaren.

> *"Je doet het en je probeert het en je hoopt dat je het goed doet. Maar eigenlijk is dat wel een beetje zo op het gevoel. (...) Het is niet dat wij opgeleid zijn in supervisor zijn. Het is iets wat dat er bijhoort en wat je al doende oefent en leert en je leert trucs van elkaar." (Arts 5)*

LUCO's en invloed op werkvreugde

Als we peilen naar de invloed van LUCO's op de werkvreugde bij de **artsen**, is de algemene **trend neutraal tot positief.** Het belangrijkste element was het gevoel samen te werken aan

een innovatief project waarbij zorgcomplementariteit centraal staat. Anderzijds wordt de taak als ‘standby’ en superviserende arts wel lastiger.

> *“Ja, ik vind echt van wel. Zeker ook het gevoel dat je met iets vernieuwend bezig bent vind ik opwindend. Het gevoel dat je het huidige systeem in vraag kan stellen en dat je met het team probeert om een antwoord te bieden aan de verandering. (...) Zelfs al zou het LUCO concept volledig mislukken dan vind ik het nog fijn dat je geprobeerd hebt je toe te leggen op iets innovatief.” (Arts 2)*

> *“Enerzijds was het een geschenk omdat de agenda’s minder snel volliepen. Ik heb anderzijds wel gevloekt over de LUCO’s in de drukke periode. Het moment dat je standby-arts bent was echt verschrikkelijk. Toen was mijn werkvreugde niet verhoogd. Maar als ik in totaal nadenk over mijn werkvreugde vind ik het wel positief omdat we bezig zijn met zorgcomplementariteit.” (Arts 1)*

Er werd een eerder **neutrale trend** in de werkvreugde opgemerkt bij de **verpleegkundige** respondenten. Het wordt beschouwd als een positief project, maar hierbij is de **balans tussen LUCO’s en andere taken** belangrijk. Het gevoel van een zelfstandig consult te mogen doen en het vertrouwen te krijgen van de artsen wordt positief ervaren. De afhankelijkheid, waarbij men moet wachten tot de arts langskomt in het kabinet is een negatief element.

> *“Ik vind het ook leuk om te doen, gewoon omdat je het gevoel hebt dat je zelf heel het consult mag doen, dat je zelf een beetje klinisch mag redeneren en nadenken.” (Verpleegkundige 3)*

> *“Ik doe het, ook omdat het in uw takenpakket zit hé. Ik ga er ook mee mee in, je kan dat niet weigeren hé. De ene doe je al wat liever dan het andere (...) Ik vind het wel fun dat de artsen ons die verantwoordelijkheid geven, dat ze ons vertrouwen.” (Verpleegkundige 5)*

Wat één verpleegkundig respondent aangaf, was de moeilijkheid in het bevragen van de ICE tijdens het consult (cfr. *ideas*, *concerns* en *expectations*). Dit vormde een negatief beïnvloedende factor op de werkvreugde waarbij extra communicatieve ondersteuning van waarde zou zijn.

LUCO’s: *task shift* versus *task share*?

De respondenten zijn van mening dat de arts niet steeds als centrale persoon moet optreden voor (acute) hulpvragen. Bij een herverdeling van taken binnen het zorglandschap, kijkt men vaak naar de verpleegkundige. Het effect hiervan kan positief zijn (kansen tot bijleren en autonomie), anderzijds kunnen de kerntaken van de verpleegkundige hierdoor in het gedrang komen; zie hogerop. Desalniettemin mogen we ook niet vergeten dat er naast de verpleegkundige nog **andere partners** zijn **om taken te (her)(ver)delen**.

> *“Dat is ook het idee dat er zaken gedelegeerd worden. Dat moet natuurlijk niet alleen in 1 richting zijn. Verpleging kan op hun beurt ook dingen verschuiven naar onthaal of naar de logistieke medewerker.” (Arts 1)*

De **meningen zijn verdeeld** omtrent het feit of LUCO's dan eerder aansluiten bij een *task shift* of een *task sharing*. Het wordt enerzijds beschouwd als een *task shift*, aangezien de verpleegkundige de uitvoering van het consult overneemt. De arts blijft wel standby voor het overleg en definitief advies. Het **verschuiven van deze taak** zorgt voor ruimte voor andere taken bij de arts, maar wordt **als een samenwerking gepercipieerd**. Anderzijds kan het leiden tot een **overbelasting** van het al goed gevulde takenpakket van de verpleegkundige, waarbij de kerntaken (consultaties, huisbezoeken…) onder druk komen te staan. Dit kan leiden tot een **gevoel van een watervaleffect of eenrichtingsverkeer**. Toename van de werkdruk en onzekerheid zijn daarbij mogelijke verklarende factoren.

> *"Het is een samenwerking. Doorschuiven is misschien niet het juiste woord. Het is een vorm van doorschuiven om tijd te creëeren op een andere manier, terwijl wij daar wel iets uit leren en daar ook voor open staan." (Verpleegkundige 5)*

> *"Anderzijds was er een periode dat de verpleging het soms echt wel moeilijk vond waardoor ze soms het gevoel hadden van een cascade. Ze hadden het gevoel dat ze ons moesten verlichten en dat het niet in twee richtingen ging. (...) Wij dachten echter dat het een gedeeld project was maar de andere discipline voelde het aan alsof er een last werd doorgeschoven. Volgens mij zat daar ook veel onzekerheid onder." (Arts 2)*

Enkele respondenten gaven ook aan dat patiënten met LUCO-gerelateerde klachten niet steeds bij de arts hoeven te passeren. **Het doel van de taakverdeling is mede ook kwalitatiever werk leveren waarbij men de juiste zorg door de juiste persoon aanbiedt.** Men wil aanbod creëren voor patiënten die een arts moeten zien. De ontvangende discipline kan dit echter als een extra last percipiëren, wat bijdraagt aan de druk op de kerntaken.

> *"Het gaat dus niet enkel over artsen die ontlast moeten worden. Het gaat er vooral over dat werk kwalitatiever kan gebeuren. Het is dus niet puur verschuiven van de taken." (Arts 1)*

> *"Het is niet alleen helpen maar het is ook wel een kwaliteitswinst dat we boeken omdat we ook op die manier tijd willen creëeren bij de artsen voor mensen bij wie het echt nodig is. Beetje het principe van de juiste persoon op de juiste plaats. Voor mensen die binnen ons afgebakend protocol vallen, dat zijn mensen die niet per se een arts moeten zien. We willen tijd creëren bij de artsen dat zij tijd hebben voor de mensen die wel echt een arts moeten zien." (Verpleegkundige 3)*

Gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel

De algemene trend bij de respondenten is dat de LUCO's als een **gedeelde verantwoordelijkheid** aanvoelen. Juridisch is de arts de eindverantwoordelijke, ook al voelen de verpleegkundigen een groot gedeeld verantwoordelijkheidsgevoel. De opleiding tot verpleegkundige speelt hier een rol in: een verpleegkundige, althans vroeger, wordt niet aangeleerd om dergelijke taken op zich te nemen; desondanks is er een hoog verantwoordelijkheidsgevoel.

“Bij ons is het altijd ingepompt geweest, in mijn tijd, van jij bent verpleegkundige en jij hebt die verantwoordelijkheid niet. Hier krijgen we dat wel, wat ik op zich wel fantastisch vind, maar ik voel mij daar wel onzeker bij. Waardoor ik wel altijd ga bellen, ik heb dat afgesproken met de collega’s. (...) Ik wil niet over LUCO’s geen eindverantwoordelijkheid dragen, ik vind dat dat elders ligt.” (Verpleegkundige 5)

“Het voelt voor mij ook wel wat als een gedeelde verantwoordelijkheid. Ik vind dat de verpleger die de patiënt ziet ook wel een verantwoordelijkheid heeft, en ik heb ook wel het gevoel dat zij dat ook zo aanvoelen. Al zijn wij degene die, als wordt dat wettelijk, zijn wij de verantwoordelijk hé, maar toch voelt het voor mij als gedeelde verantwoordelijkheid.” (Arts 4)

De **manier waarop verpleegkundigen hun rol binnen de LUCO’s zien, varieert**. Sommige respondenten ervaren die rol als **volwaardig** en betekenisvol, terwijl anderen het gevoel hebben **voorbereidend werk** voor de arts te doen. Zij zouden meer onafhankelijkheid als een positieve verandering zien. Dit sluit aan bij een eerdere bevinding: de ervaren *task shift* voelt soms als eenrichtingsverkeer, waarbij de autonomie van de verpleegkundige beperkt blijft.

“De arts heeft de therapie bepaald en ik ben de nederige dienaar van de arts, om het nu een beetje cru te stellen. Wij geven de informatie achteraf zoals tips om zichzelf te verzorgen en dergelijke. We meten de parameters en we doen een anamnese, maar de eind beslissing ligt bij de arts (...) Ik denk dat het altijd toffer is als je een zekere verantwoordelijkheid mag nemen. Dat je niet aan het handje hangt van iemand, ik denk dat dat finaal wel wat toffer is.” (Verpleegkundige 1)

“Ik denk dat niemand het gevoel heeft van ik doe nu gewoon een beetje voorbereidend werk voor de arts ofzo (...) Ik denk dat iedereen het wel ziet als een evenwaardig consult doen met die patiënt en ook echt die verantwoordelijkheid voor nemen.” (Verpleegkundige 3)

Impact op klinisch redeneren

Een anamnese is meer dan alleen het aflezen van een vragenlijst. Het vraagt inzicht om het gesprek vlot te laten verlopen en zo tot een kwalitatief consult te komen. Daarnaast is het belangrijk om de verkregen informatie te kunnen interpreteren. Bij navraag aan de verpleegkundige respondenten gaven zij aan dat ze dankzij de LUCO’s **meer inzicht in het medisch dossier** ervaarden en met een bredere blik het EMD van de patiënt bekeken. Ze krijgen meer inzicht in de link tussen medische diagnoses en wat ze opmerken tijdens de anamnese en het klinisch onderzoek. Het doen en hieruit ervaring opbouwen, is een belangrijke factor.

“Je leert wel echt meer linken leggen in uw anamnese, uw lichamelijk onderzoek en dat je ook wel uw adviezen op maat kunt geven. De mensen zo wat inschatten … Ja dat kan je ook wel voor andere dingen gebruiken hé. Dat is ook wel iets dat je moet oefenen he, dat kan je niet zomaar uit een boek leren he.” (Verpleegkundige 4)

“Maar sowieso denk ik wel dat er bij iedereen progressie in te zien is, ook dat je op een andere manier naar het dossier kijkt, dat je kijkt naar de voorgeschiedenis. We gaan nu anders kijken naar iemand waar in de voorgeschiedenis astma staat dan daarvoor.” (Verpleegkundige 3)

Discussie

In deze masterproef werd onderzocht hoe artsen en verpleegkundigen de implementatie van LUCO's ervaarden en hoe de interactie tussen deze beide groepen verliep. Dit binnen de specifieke context van twee wijkgezondheidscentra.

Terugkoppeling CMO-hypothese

Context

De LUCO's startten binnen de context van een open cultuur en horizontaliteit, welke een absolute voorwaarde vormen. De COVID crisis was een faciliterende factor om de zorg te herverdelen. De open cultuur en horizontaliteit vormen een absolute voorwaarde om met dit project aan de slag te gaan. Het groot vertrouwensgevoel van de arts in de verpleegkundige speelt tevens een belangrijke rol. Dit sluit aan bij de literatuur waarbij de voorwaarden voor zorgsubstitutie dezelfde visie op zorg, respect en wederzijds vertrouwen zijn. (24)

Een goed en duidelijk protocol vormt een belangrijke schakel: niet alleen voor het inhoudelijke, maar ook om het wettelijk kader niet in gevaar te brengen en uitzonderingen op te vangen. In de literatuur kwam het belang van een protocol ook reeds naar voren als essentieel in zorgsubstitutie. (14)

Eerder onderzoek heeft reeds aangetoond dat verpleegkundigen huisartsen kunnen vervangen in een breed spectrum van zorgtaken met minstens vergelijkbare gezondheidsuitkomsten. (11) (13) De LUCO's werden door de zorgverleners als kwaliteitsvol gepercipieerd, inhoudelijk zelfs meer kwaliteitsvol dan dat de arts het consult uitvoert. De verklaring lijkt voor de hand liggend aangezien er meer tijd wordt besteed aan zelfzorgadviezen. Desalniettemin maakt deze masterproef geen evaluatie van de kwaliteit van zorg, noch de ervaring van patiënten. Deze studie loopt ook over een te korte periode om evaluaties te kunnen maken over het lange termijn effect van deze uitgebreidere gezondheidseducatie. De stelling dat de kwaliteit van de zorg voor een groot stuk bepaald wordt door het algemeen functioneren van het team laat zich niet expliciet merken in de resultaten. (13) Impliciet kunnen we er dit wel uit opmaken gezien de open cultuur en interdisciplinaire horizontaliteit als fundamentele elementen worden gezien om het project uit te voeren.

Mechanisme

In de betrokken centra was reeds sprake van een sterke basis betreffende interdisciplinaire interactie. De introductie van de LUCO's heeft dan ook slechts in beperkte mate geleid tot een verdere toename van de samenwerking tussen disciplines. De aanvankelijke veronderstelling dat de LUCO's zouden leiden tot een zeer nauwe interdisciplinaire interactie wordt hiermee slechts gedeeltelijk bevestigd. Wel blijkt uit de bevindingen dat de aanwezigheid van LUCO's bijdraagt aan een beter inzicht in elkaars takenpakket, wat de literatuur reeds aantoonde. (14) Gezien interactie centraal staat in dit onderzoek, werd ingezoomd op de briefing tussen artsen en verpleegkundigen. Er werd aanvankelijk aangenomen dat de verpleegkundige de inhoud

van het consult op een gestructureerde en gestandaardiseerde wijze zou overbrengen aan de arts. In de praktijk bleek dit proces echter moeizaam te verlopen, voornamelijk als gevolg van uiteenlopende verwachtingen bij de artsen. Deze variatie resulteerde in een niet-uniforme wijze van briefen. Uit ons onderzoek blijkt dat artsen de kern van de briefing voornamelijk situeren in het signaleren van alarmsymptomen en het schetsen van de relevante medische voorgeschiedenis. Een mogelijke oplossing zou erin bestaan om vooraf concrete afspraken te maken over de inhoud en structuur van de briefing.

Verder zorgde het nauw interageren met elkaar voor een neutraal tot positief effect op het onderling vertrouwen. De stelling dat het vertrouwen in elkaars kunde zou toenemen ten gevolge van de LUCO's wordt dus bevestigd. Verder kunnen we uit dit onderzoek concluderen dat een toename in vertrouwen, zorgt voor een afname van diagnostische onzekerheid bij verpleegkundigen. Vertrouwen in het verpleegkundig kunnen kwam ook in de literatuur reeds naar voor als belangrijke voorwaarde. (25) De hypothese dat LUCO's zou leiden tot een gedeelde verantwoordelijkheid met betrekking tot de patiëntenzorg wordt grotendeels bevestigd door de respondenten.

De invloed van de LUCO's op het zorgaanbod vormde een verruiming van het acute zorgaanbod, zonder dat dit ten koste ging van het chronische zorgaanbod. Een belangrijke nuance hierbij is echter dat artsen hierdoor minder 'eenvoudige' consultaties zullen uitvoeren (zoals een LUCO). Artsen geven aan dat deze weinig complexe consultaties in sommige gevallen tot wat ademruimte kunnen leiden**.** De toegankelijkheid van de zorg blijkt een aandachtspunt aangezien de hypothese was dat dit zou verbeteren door de LUCO's. Tegelijkertijd bracht deze uitbreiding ook een uitdaging met zich mee: het bleek moeilijk om het consult strikt te beperken tot de vooraf bepaalde, voornamelijk infectieuze klachten. Hierdoor werd patiënten regelmatig geadviseerd om voor bijkomende, niet-infectiegerelateerde hulpvragen een afzonderlijke afspraak te maken.

Om het anamnesegesprek door de verpleegkundige vlot te laten verlopen, werd gesteld dat de verpleegkundige diagnostisch mee kan redeneren en actief inspeelt op relevante klinische aanwijzingen. Uit de bevraging bleek dat verpleegkundigen een dieper inzicht kregen in het medisch dossier. Dit vergrootte hun begrip van medische diagnosen, wat op zijn beurt bijdroeg aan een verbeterde koppeling tussen anamnese, klinisch onderzoek en diagnose. Het verwerven van ervaring in dit proces blijkt een cruciale factor voor de verdere ontwikkeling van deze competentie.

De arts daarentegen fungeert voornamelijk in een superviserende rol. Deze competentie maakt doorgaans geen centraal deel uit van het reguliere takenpakket, waardoor men verwachtte dat ze als verrijkend zou worden ervaren. Uit de resultaten blijkt dat artsen zich over het algemeen bekwaam voelen om deze rol op te nemen. De begeleiding van LUCO's wordt frequent vergeleken met het opleiden van een stagiair of een huisarts in opleiding (HAIO). Echter, een gestructureerde opleiding ter ondersteuning van deze superviserende rol ontbreekt vooralsnog. Meerdere respondenten vinden het geven van gerichte en constructieve feedback uitdagend. Net zoals bij de opleiding van een HAIO, zou het wenselijk zijn dat artsen een gerichte opleiding volgen over het effectief opleiden en begeleiden van verpleegkundigen. Dit zou hen kunnen ondersteunen in het ontwikkelen van de nodige didactische vaardigheden en inzicht geven in welke aspecten van de opleiding bijzondere

aandacht behoeven. Inzicht in de basiscompetenties van de verpleegkundige spelen daarbij tevens een belangrijke rol.

Communicatie blijft fundamenteel voor succesvolle LUCO's. De literatuur beschrijft ook effectieve communicatie als een essentiële pijler voor het welslagen van *comanagement*. (24) In dit onderzoek gaven respondenten aan dat de bereikbaarheid van de arts een belangrijke rol speelt. Ze ervaarden geen drempel om contact op te nemen. Tegelijk merkten sommigen op dat het soms even duurde voordat een arts kon reageren, wat bij beide partijen frustratie opriep. Ook in de literatuur benoemen auteurs onderlinge aanspreekbaarheid als een cruciale voorwaarde voor het slagen van zorgsubstitutie (14), een punt dat de bevindingen uit deze studie bevestigen.

Outcome

Onze CMO-hypothese stipuleert dat de verpleegkundigen zich waardevol voelen omdat ze nieuwe vaardigheden aanleren. De LUCO's leiden tot een shift in hun takenpakket, wat als boeiend wordt beschouwd. Uit de interviews blijkt de algemene ervaring met LUCO's positief. Ze vormen een verrijking, een kans tot bijleren en gaven diepgang aan het werk. Ze leiden tot een shift in het takenpakket, hoewel hier wel een spanningsveld ontstaat met belasting op het standaard takenpakket van de verpleegkundige. De organisatie van de taakverdeling en het durven afbakenen van een takenpakket komen ook in de literatuur naar voren als uitdaging van zorgsubstituerende projecten. (14) In dat opzicht zijn onze LUCO-specifieke resultaten compatibel met wat reeds gekend was in de literatuur. Daarnaast blijkt uit eerder onderzoek dat zorgsubstitutie bijdraagt aan een meer solidaire verdeling van de werkbelasting. (14) De bevindingen uit de interviews tonen echter aan dat sommige respondenten dit anders aanvoelden. Enkele verpleegkundigen gaven aan de werkdruk als hoog te ervaren, wat soms leidde tot een gevoel van een 'cascade-effect'. Zij hadden de indruk dat de taakverschuiving primair gericht was op het ontlasten van de artsen, zonder dat er sprake was van een wederkerige verdeling van verantwoordelijkheden. Respondenten geven onzekerheid en werkdruk aan als beïnvloedende factoren; echter zouden persoonlijke draagkracht en visie ook een rol kunnen spelen.

Een diversificatie binnen het verpleegkundig beroep kan hiervoor een oplossing vormen. Moet elke verpleegkundige van de toekomst LUCO's als hun kerntaak zien of moet er meer worden ingezet op een subspecialisatie binnen het verpleegkundig profiel waarbij de competenties uit de juiste persoon naar voren komen? Een hervorming van het verpleegkundig profiel en een passend wettelijk kader zijn daarom onontbeerlijk om hierop een antwoord te kunnen bieden. Inzetten op een selecte groep die LUCO's uitvoert zou de kwaliteit van de consulten kunnen verhogen, de duurzaamheid bewerkstelligen en de (verpleegkundige) agenda flexibeler maken. Op die manier zou ook de perceptie naar een *task share* of *shift* kunnen veranderen.

Het belang van opleiding en training van personeel kwam zowel in de literatuur als in de interviews naar voren. (14, 25) Een bijkomend element dat niet eerder werd beschreven, is de differentiatie in leer- en implementatietempo. Dit leidt ertoe dat iedere betrokken zorgverlener een gepersonaliseerd opleidingstraject behoeft. Er is nood aan en stapsgewijze en geleidelijke opbouw die rekening houdt met het persoonlijk traject. Dit werkt daarenboven faciliterend op het wederzijds vertrouwen.

Kritische bemerkingen

Beschikbaarheid van de zorgverleners?

Om een project als LUCO's te kunnen laten werken is er uiteraard nood aan een voldoende beschikbaarheid van artsen en verpleegkundigen. Zowel verpleegkundigen als huisartsen zijn schaars, wat vragen oproept over de haalbaarheid van het inzetten van LUCO's als oplossing voor de capaciteitsproblematiek. Zoals een respondent opmerkt:

"Indien er reeds een tekort is aan artsen, en dit tekort wordt gecompenseerd door een beroepsgroep waarvoor eveneens onvoldoende capaciteit beschikbaar is, dan zullen we op termijn onvermijdelijk tegen grenzen aanlopen."

Deze bevinding benadrukt de noodzaak van een bredere verschuiving van personeelsinzet in de gezondheidszorg, waarbij taken herverdeeld worden over alle disciplines.

Werkvreugde relatief?

Uit het onderzoek blijkt dat zorgverleners een toegenomen werkvreugde ervaren. Het blijft echter onduidelijk of deze toename voornamelijk toe te schrijven is aan de nieuwigheid van de interventie of toch aan de inhoudelijke kenmerken van de LUCO's. Op het moment dat de interviews werden afgenomen was er ten hoogste twee jaar ervaring in het voeren van LUCO's. Verder onderzoek is noodzakelijk om te bepalen of deze positieve beleving een duurzaam effect heeft.

Blijft de arts de centrale figuur?

Zoals eerder besproken, geven de respondenten aan dat de arts niet per se als centrale figuur binnen de zorgverlening beschouwd dient te worden. In lijn hiermee zou de afhankelijkheid van verpleegkundigen ten opzichte van artsen idealiter moeten afnemen. Tijdens de LUCO's blijft er echter sprake van een zekere mate van afhankelijkheid, aangezien verpleegkundigen in veel gevallen nog steeds een arts moeten consulteren of betrekken bij de besluitvorming. Op termijn zou het de bedoeling zijn dat de verpleegkundige het consult volledig zelfstandig kan uitvoeren. Als we literatuur uit het buitenland bekijke, lijkt dit haalbaar indien de verpleegkundige voldoende opgeleid wordt. Hier is een belangrijke nood aan een gepast wettelijk kader die dergelijke toekomstige evoluties binnen het zorglandschap omvat.

Zijn LUCO's nodig?

Het is van belang om het concept van de LUCO's kritisch te analyseren. Dit houdt in dat niet alleen de werking en implementatie binnen de specifieke context van deze masterproef geëvalueerd moeten worden, maar ook of het realistisch zou zijn om dit concept breder uit te rollen in de gezondheidszorg. Deze vraag valt buiten de scope van deze masterproef maar kan wel een piste zijn voor toekomstig onderzoek.

Een cruciale vraag die men moet overwegen, is of alle patiënten daadwerkelijk op consultatie dienen te komen. In principe hebben personen met een banale verkoudheid geen medische consultatie nodig. Deze studie onderzoekt een concept waarbij dergelijke patiënten toch worden gezien, maar het is tevens relevant om te reflecteren over strategieën die ertoe

bijdragen dat mensen met milde klachten minder vaak zorg zullen zoeken. Ook LUCO's dragen hier aan bij. Een van de doelstellingen van de LUCO's is namelijk om patiënten adequaat te informeren, zodat zij in de toekomst beter in staat zijn om zelf met vergelijkbare klachten om te gaan.

Een alternatieve benadering is het vaker inzetten van telefonische consultaties door artsen en/of verpleegkundigen. Dit stelt artsen in staat om op een efficiënte wijze te beoordelen of een patiënt alarmsignalen vertoont en al dan niet verdere medische opvolging nodig heeft. Hoewel deze werkwijze bijdraagt aan een snellere en doelgerichte triage, blijft de educatieve component voor de patiënt beperkt. Zo wordt een spanningsveld gecreëerd tussen een meer kwaliteitsvol consult enerzijds en tijdsefficiëntie anderzijds. Door de focus op efficiëntie komt de mogelijkheid om patiënten uitgebreid te informeren en hen handvatten te bieden voor zelfzorg minder aan bod. Hierbij mag men ook niet uit het oog verliezen dat de patiëntenpopulatie van de twee onderzochte praktijken vaak lagere gezondheids-vaardigheden of een taalbarrière hebben, waarbij gezondheidsvoorlichting een cruciaal element is.

Dit raakt tevens aan het bredere debat over ziekte-attesten. Een aanzienlijk aantal patiënten raadpleegt een zorgverlener niet vanwege medische bezorgdheid, maar omdat zij een attest voor hun werkgever nodig hebben. Er zijn reeds stappen gezet in de afschaffing van het ziekte-attest voor één ziektedag in bedrijven met meer dan 50 werknemers. (vinght set) Toch blijft verdere hervorming noodzakelijk, zoals ook in verschillende buurlanden reeds is doorgevoerd.

Deze bredere discussies vallen buiten de kern en onderzoeksopzet van deze studie, maar zijn wel maatschapelijk interessant en relevant.

Sterktes en zwaktes

Een sterkte van dit onderzoek is dat het een evaluatie betreft van een innovatieve zorgvorm binnen de acute setting, waar voordien nog beperkte informatie was over de ervaringen van deze specifieke samenwerkingsvorm tussen artsen en verpleegkundigen.

De gekozen methodologie vormt zowel een sterkte als een zwakte. *Realist evaluation* heeft als doel om na te gaan of de interventie werkt binnen die specifieke context en welke mechanismen hierin spelen. Er wordt dus geen besluit gevormd over de werkzaamheid of effectieve efficiëntie van de LUCO's. Er wordt een goed beeld bekomen binnen deze huidige context maar is niet extrapoleerbaar naar andere situaties of contexten. Anderzijds leert het ons wel dieperliggende mechanismen binnen een specifieke situatie.

Bij de analyse van de LUCO-werking is het relevant om in overweging te nemen dat beide onderzoekers zelf betrokken waren bij het LUCO-concept. Deze positie als insider kan enerzijds een meer realistische en diepgaande kijk op de dagelijkse praktijk opleveren, met als voordeel dat de contextuele kennis en het inhoudelijk inzicht in het proces groot is. Anderzijds houdt deze betrokkenheid het risico in van *researcher bias*, aangezien de interpretatie van de gegevens mogelijk beïnvloed wordt door het eigen perspectief als arts. Het expliciteren van deze positie is dan ook essentieel bij de duiding van de onderzoeksresultaten.

Andere zwaktes van dit onderzoek zijn onder meer de steekproefgrootte. Er werden slechts 10 respondenten (5 artsen en 5 verpleegkundigen) geïnterviewd wat het moeilijk maakt om grote conclusies te trekken, of deze te extrapoleren naar ander onderzoek. Daarnaast waren de respondenten ook verspreid over twee verschillende centra, waarbij elk centrum een fundament heeft van open hiërarchie maar deze desondanks toch niet volledig te vergelijken zijn.

Toekomstige onderzoeksaanbevelingen

Een extra element dat kan worden meegenomen is de ervaring van patiënten. Voelen patiënten zich effectief meer gehoord? Wat is het effect van deze uitgebreidere uitleg door de verpleegkundige? Leidt dit effectief tot hogere zelfzorg en minder hulpvraag op korte en lange termijn?

Anderzijds kwam kwaliteit van zorg op bepaalde aspecten aan bod, echter zijn deze in dit onderzoek niet formeel afgetoetst. Een onderzoeksopzet dewelke de domeinen van de kwaliteit van zorg expliciet nagaat voor de LUCO's kan een nieuwe onderzoekspiste vormen. Hierbij dient doelbewust een andere methodologie dan de *realist evaluation* voor gebruikt te worden. Een mixed-method methodologie, waarbij kwalitatieve en kwantitatieve data wordt gecombineerd, zou een oplossing kunnen zijn. Een kwantitatief luik kan de (kosten)efficiëntie onder meer in kaart brengen; een kwalitatief luik kan dienen als vorm van protocolvalidatie waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen het consult van de arts en dat van de verpleegkundige.

Andere mogelijke onderzoeksdomeinen zijn in hoeverre LUCO's daadwerkelijk bijdragen aan een efficiëntere (en financieel interessante) zorgverlening, de werkdruk van zorgverleners verlagen en de zelfredzaamheid van patiënten bevorderen.

Conclusie

De complementaire samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen bij luchtwegconsultaties is ontstaan uit organisatorische noodzaak, taakverschuiving en crisisgedreven innovatie. Deze samenwerking brengt zowel kansen als uitdagingen met zich mee.
Onder de respondenten leeft de perceptie dat de inzet van verpleegkundigen bijdraagt aan de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, dankzij een uitgebreide anamnese en gedetailleerd advies. Dit kan echter alleen optimaal functioneren met duidelijke veiligheidskaders, evaluatiemomenten en een heldere taakverdeling.
De implementatie van een protocolgestuurde aanpak blijkt hierbij een noodzakelijke basis voor kwalitatieve en veilige zorg. Goede protocollen zorgen voor veiligheid, consistentie en waarborgen het wettelijk kader, maar kunnen ook leiden tot langere consultatieduur. Bovendien vragen individuele verschillen in leersnelheid en vertrouwdheid om op maat gemaakte begeleiding en continue ondersteuning.
Anderzijds ervaren zorgverleners wisselende effecten: sommigen zien verbeterde efficiëntie en autonomie, terwijl anderen wijzen op een verhoogde werkdruk. Daarnaast spelen persoonlijke barrières en onzekerheden, zoals het omgaan met de ICE-methodiek een rol. Deze factoren kunnen de professionele ontwikkeling beïnvloeden, maar door herhaling en praktijkervaring is er ruimte voor verbetering.

De implementatie van het LUCO-concept brengt belangrijke kansen met zich mee, maar legt tegelijk ook spanningsvelden bloot, met name rond de kerntaken van de verpleegkundige. De bevindingen wijzen op een duidelijke nood aan verdere diversificatie binnen de rol van de verpleegkundige, zodat de verantwoordelijkheden beter afgestemd kunnen worden op zowel individuele competenties als de noden van de praktijk. Een dergelijke diversificatie kan bijdragen aan het verminderen van rolverwarring en het versterken van het professioneel mandaat van de verpleegkundige binnen multidisciplinaire samenwerking.

Daarnaast blijkt een hiaat te bestaan in de ondersteuning van artsen bij het opnemen van een superviserende rol. Het geven van constructieve feedback wordt als uitdagend ervaren, wat de nood onderstreept aan een meer gestructureerd en onderbouwd format dat artsen handvatten biedt om deze rol effectief in te vullen.

Tot slot is het verder uitbouwen van het LUCO-model enkel mogelijk binnen een fundament van wederzijds vertrouwen en open communicatie tussen alle betrokken actoren. Een open leerklimaat waarin ruimte is voor reflectie, dialoog en bijsturing kan een zelfversterkend effect genereren, waarbij samenwerking, rolverduidelijking en zorgkwaliteit elkaar wederzijds versterken.

Dit onderzoek peilt naar de ervaringen van zorgverleners, maar verder onderzoek is aangewezen om ook ervaringen van patiënten mee te nemen. Onderzoek omtrent (kosten)efficiëntie en protocolvalidatie kunnen zinvol zijn om een eventuele toekomstige bredere ruitrol van LUCO’s in de eerste lijn te bewerkstelligen.

Bronvermelding

1. Dirickx B, Viaene M, De Lepeleire J. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartsenpraktijk. Een exploratieve studie. Huisarts Nu. 2011; 40(10).
2. Coenen L. Naar een betere omkadering van de huisartsenpraktijk in de eerstelijnsgezondheidszorg. Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg. 2023;4.
3. Vantomme O, Peremans S. Hoe haalbaar is een verpleegkundige in een niet-forfaitaire groepspraktijk? Huisarts Nu. 2018.
4. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. Ann Fam Med. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6.
5. Het kompas van VIVEL. Available from: https://www.vivel.be/over-vivel/quintuple-aim/.
6. Coenen, L., Poel, L.V., Schoenmakers, B. et al. The impact of COVID-19 on the well-being, education and clinical practice of general practice trainees and trainers: a national cross-sectional study. BMC Med Educ 22, 108 (2022).
7. Het forfaitaire betalingssysteem. Available from: https://vwgc.be/forfait/
8. Leen Roobaert BA. De verpleegkundige als complementaire partner: Praktijkonderzoek naar taakverschuiving in de chronische zorg. Huisarts Nu. 2022;januari - februari 2022 24-7.
9. Samenwerken met een praktijkverpleegkundige. Available from https://www.domusmedica.be/FAQpraktijkverpleegkundige
10. Vandenbroucke F. Hervorming van het verpleegkundig beroep. Available from https://vandenbroucke.decroo-i.archive.belgium.be/fr/node/7257.html. 2023.
11. Van der Biezen M, Derckx E, Wensing M, Laurant M. Factors influencing decision of general practitioners and managers to train and employ a nurse practitioner or physician assistant in primary care: a qualitative study. BMC Fam Pract. 2017 Feb 7;18(1):16.
12. World Health Organization. Task shifting: Global recommendations and guidelines. 2008.
13. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Jul 16;7(7):CD001271.
14. E L. Zorgsubstitutie in eerstelijnspraktijken. Huisarts Nu. 2022;51:28-33.
15. Matthys E, Remmen R, Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? BMC Fam Pract. 2017;18(1):110.
16. Detollenaere, Jens & Dauvrin, Marie & Deschodt, Mieke & Cerulus, Marie & Dobbels, Fabienne & Heeren, Pieter & Vinck, Imgard & Goffin, Tom & Heede, Koen. Verpleegkundige consultaties voor patiënten met complexe aandoeningen. Synthese. 2023.
17. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, et al. Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. Bmj. 2000;320(7241):1043-8.
18. Fabrellas N, Sánchez C, Juvé E, Aurin E, Monserrat D, Casanovas E, Urrea M. A program of nurse algorithm-guided care for adult patients with acute minor illnesses in primary care. BMC Fam Pract. 2013;14(1):61.
19. Iglesias B, Ramos F, Serrano B, Fàbregas M, Sánchez C, García MJ, et al. A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care. J Adv Nurs. 2013;69(11):2446-57.
20. Rowbotham S, Chisholm A, Moschogianis S, Chew-Graham C, Cordingley L, Wearden A, Peters S. Challenges to nurse prescribers of a no-antibiotic prescribing strategy for managing self-limiting respiratory tract infections. J Adv Nurs. 2012 Dec;68(12):2622-32.
21. Desmet L, Seuntjens L, van Bogaert P. Task redistribution from general practitioners to nurses in acute infection care: A prospective cohort study. J Adv Nurs. 2024 Aug;80(8):3179-3189.25.
22. Vandenbroucke F. Naar een new deal voor de huisartsenpraktijk Persbericht. 2022.
23. Praktijkassistent. Available from https://www.health.belgium.be/nl/praktijkassistent. 2024.
24. Norful AA, de Jacq K, Carlino R, Poghosyan L. Nurse Practitioner-Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. Ann Fam Med. 2018;16(3):250-6.

25. Karimi-Shahanjarini A, Shakibazadeh E, Rashidian A, Hajimiri K, Glenton C, Noyes J, et al. Barriers and facilitators to the implementation of doctor-nurse substitution strategies in primary care: a qualitative evidence synthesis. Cochrane Database Syst Rev. 2019;4(4):Cd010412.
26. Realist evaluation aims to identify the underlying generative causal mechanisms that explain how outcomes were caused and how context influences these. Available from: https://www.betterevaluation.org/methods-approaches/approaches/realist-evaluation.
27. Geen ziektebriefjes meer voor één dag ziekte. Available from: https://www.securex.be/nl/lex4you/werkgever/nieuws/geen-ziektebriefje-meer-voor-een-dag-ziekte.

Bijlagen

Bijlage 1: Goedkeuring Commissie Medische Ethiek

Afzender : Commissie voor medische ethiek

Prof. dr. Peter Decat
Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
UGent

contact	telefoon	e-mail
Commissie voor medische ethiek	+32 (0)9 332 33 36	Ethisch.comite@uzgent.be
Aanvrager	**datum**	**pagina**
Michiel Willems	24/11/2023	1/6
Onze referentie:	**EudraCT-nr:**	**Belg. Regnr:**
THE-2023-0361	NVT	B6702023000730

Betreft:
Complementair samenwerken bij luchtwegconsulten (LUCO's): ervaringen van artsen en verpleegkundigen.
Scriptie: Michiel Willems

Positief advies conform de wet van 7 mei 2004 betreffende experimenten op de menselijke persoon

Beste collega

De Commissie Medische Ethiek (CME) verbonden aan de Universiteit Gent (Ugent) en het Universitair Ziekenhuis Gent (UZ Gent) heeft het bovenvermelde dossier onderzocht.
De CME geeft op 24/11/2023 een gunstig advies over deze studie.

De Commissie voor Medische Ethiek beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat de Commissie voor Medische Ethiek de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt.
De promotor en de hoofdonderzoeker dragen de verantwoordelijkheid voor het correcte ethische en wettelijke verloop van het onderzoek.
Ingediende documenten: zie bijlage 1
Ledenlijst: zie Bijlage 2
Aandachtspunten: zie Bijlage 3a

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof. dr. R. Peleman

SECRETARIS:
Dr. L. Goossens

INGANG 75
ROUTE 7522

Met vriendelijke groeten,
Prof. dr. Renaat Peleman
Voorzitter
Commissie voor Medische Ethiek U(Z) Gent



UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

Unofficial translation in English:

Positive advice in accordance with the law of 7 May 2004 on experiments on the human person

The Ethics committee (EC) of University Ghent (Ugent) and Ghent University Hospital (UZ Gent) has examined the above mentioned dossier.

EC gives on 24/11/2023 a favourable opinion on this study

EC emphasizes that a favorable opinion does not mean that the Medical Ethics Committee assumes responsibility for the investigation.
The promoter and the principal investigator are responsible for the correct ethical and legal conduct of the research

Submitted documents: see Annex 1
List of members: see appendix 2
Points of concern: see appendix 3b

Bijlage 2: Richtvragen interviews

1. Context

- Hoe ervaarde je de werksituatie voor het invoeren van LUCO's?
- Wat was jouw initiële reactie toen het concept LUCO werd geïntroduceerd?
- Hoe sta je ten opzichte van het invoeren van nieuwe manieren van consultvoeren?

2. Mechanisme

- Wat waren de drempels die werden ervaren tijdens de opstart van LUCO's?
- Wat zijn drempels/belemmerende factoren bij LUCO's eens ze meer geroutineerd zijn in jouw dagelijkse praktijk?
- Kan je een reden bedenken waarom?
- Wat zijn de voordelen van LUCO's?
- Wat zijn voorwaarden om LUCO's te doen slagen? Waar is meer nood aan om aan deze voorwaarden te voldoen?
- Wat is jouw mening over LUCO's naar duurzaamheid toe?
- Hoe kaderen LUCO's binnen de "New Deal"?

3. Outcome

- Wat was de invloed van de introductie van LUCO's op de samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen?
    - Hoe vlot communiceren verpleegkundigen en artsen?
    - Hoe verloopt de overdracht?
    - Hoe is het onderling vertrouwen geëvolueerd?
- Wat is jouw mening over de veiligheid binnen het team?
- Wat is er veranderd in de verhouding tussen de verschillende disciplines/collega's na de implementatie van LUCO's?
- Wat is de invloed van LUCO's op …
    - jouw visie van de job (arts/verpleegkundige)
    - jouw werkvreugde -en werkvoldoening?
    - jouw "standaard" takenpakket? Vormen deze een uitbreiding of een belasting?
- Geef jouw mening over de stelling "LUCO's zijn kwaliteitsvolle(re) zorg"?
- Stel je voor dat je zelf als patiënt een LUCO meemaakt? Wat zou je ervan denken?
- Wat zou je ervan denken als deze vorm van zorgcomplementariteit uitgebreid wordt naar andere aanmeldingsklachten?
- Als je terugkijkt op het hele afgelegde proces, wat zou je eraan veranderen?

Bijlage 3: Codeboom

